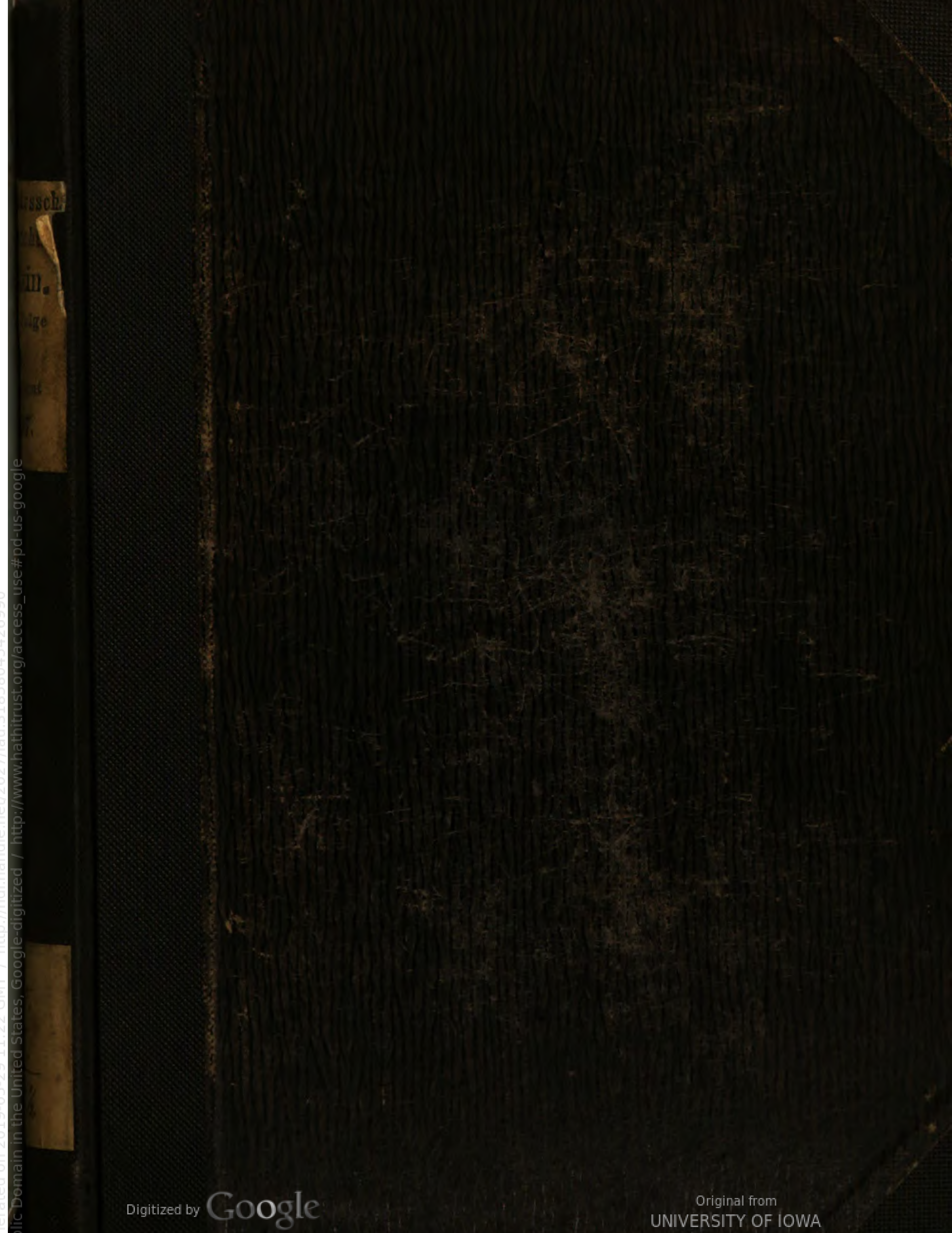



CHEMISTRY
Medical
STATE UNIVERSITY OF IOWA.
LIBRARY.




UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 045 426 990


HARMONIE
Gesellschaft e. V.
WÜRZBURG

Vierteljahrsschrift

für

gerichtliche Medizin

und

öffentliches Sanitätswesen.

Unter Mitwirkung der Königl. wissenschaftlichen Deputation
für das Medizinalwesen im Ministerium der geistlichen,
Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten

herausgegeben

von

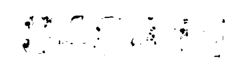
Prof. A. Schmidtmann, Geh. Ober-Med.-Rat in Berlin.
und
Prof. F. Strassmann, Geh. Med.-Rat in Berlin.

Dritte Folge. XXXIV. Band. Supplement-Heft.
Jahrgang 1907.

BERLIN, 1907.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.



Inhalt.





1.

Aus dem amtlichen Berichte über das Ergebnis einer im Auftrage des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten ausgeführten Studienreise.

Ueber die Organisation des Medizinalwesens und die wichtigeren sanitären und medizinal-technischen Einrichtungen in Oesterreich-Ungarn.

Von

Dr. **Telke**, Regierungs- und Geheimer Medizinalrat in Breslau.

Nachdem es der Preussischen Medizinalverwaltung zum ersten Male im Jahre 1904 durch Einstellung eines besonderen, für Beihilfen zum Studium medizinaltechnisch wichtiger Einrichtungen und Vorgänge bestimmten Betrages ermöglicht worden war, sich über die Fortschritte auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens im In- und Auslande durch Entsendung von Kommissionen und durch sachverständige Untersuchungen an Ort und Stelle unterrichten zu lassen, hat der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten im Sommer 1904 zunächst den Berichterstatter mit dem Studium der Organisation des Medizinalwesens und der wichtigeren sanitären Einrichtungen in Oesterreich-Ungarn beauftragt.

Die Studienreise erfolgte auf Grund eines von dem Herrn Minister genehmigten allgemeinen Planes unter scharfer Beschränkung einerseits ihrer örtlichen und zeitlichen Ausdehnung, andererseits der für das Studium und die örtlichen Informationen zu erledigenden Aufgaben. Sofern eine Berücksichtigung der gesamten öffentlichen sanitären Einrichtungen in Oesterreich-Ungarn stattfinden sollte, würde sich die Studienreise sowohl auf die im österreichischen Reichsrate vertretenen 17 Länder, deren medizinale Organisation durch das Reichsgesetz vom 30. April 1870 einheitlich geregelt ist, wie auf die

Länder der ungarischen Krone nebst Kroatien und Slavonien und die Reichsländer Bosnien und Herzegowina, von denen jedes Land selbständige Sanitätseinrichtungen besitzt, erstreckt haben müssen. Da dies von vornherein ausgeschlossen war und es zweckentsprechend erschienen ist, nur die wichtigeren Organisationsverhältnisse sanitärer Art in den Bereich eines der Kritik vorbehaltenen Studiums zu ziehen, hat Berichterstatter es unternommen, zunächst am Sitze der beiden politischen Hauptzentren von Oesterreich-Ungarn, in Wien und Budapest zu ermitteln, inwieweit die vielgestaltige staatliche und autonome Landessanitätspflege sich auf gleichartige Einrichtungen stützt, indem es nur auf diese Weise möglich war, unter den vielen Landesmittelpunkten diejenigen auszuwählen, welche eine Verschiedenartigkeit in der Organisation des Medizinalwesens darbieten, oder über hervorragende medizinaltechnische Einrichtungen verfügen. Der durch die Vorbereitungen bedingte späte Antritt der Studienreise (am 1. November 1904), die grossen Entfernungen, welche zurückzulegen waren, die Umständlichkeit der Informationen bei den zahlreichen massgebenden Instanzen, endlich die plötzlich eingetretene Notwendigkeit einer Abkürzung der Reise aus dienstlichen Gründen, alle diese Umstände haben es bedingt, dass der ursprüngliche Studienplan örtlich wie materiell noch eine weitere Einschränkung erfahren hat.

Wenn es dem Berichterstatter trotzdem möglich gewesen ist, wenigstens über die wichtigsten Abschnitte der Organisation des Medizinalwesens und über die bedeutendsten Einrichtungen auf sanitärem Gebiete eingehende Informationen zu erlangen, so hat er dies vor allem dem ausserordentlichen Entgegenkommen sowohl der ministeriellen Instanzen in beiden Reichszentren von Oesterreich-Ungarn, wie der staatlichen und autonomen Landesverwaltungen zu verdanken, die jedereit bereit waren, persönlich und sachlich die Zwecke dieser Studienreise zu fördern. Eine so weitgehende Unterstützung war von um so grösserem Werte, als Berichterstatter sehr bald die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass es nicht angängig war, das Hauptgewicht auf ein blosses theoretisches Studium der vielgestaltigen Organisation des Medizinalwesens in Oesterreich-Ungarn zu legen, indem die gesetzlichen Grundlagen derselben zwar sehr zweckmässige, zum Teil sogar vorzügliche sind, aber die praktische Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen, die tatsächliche Durchführung der organisatorischen Massregeln mit jenen Grundlagen nicht immer im Einklang steht, insbesondere von dem Kulturzustande des betreffenden Landes

und dessen finanzieller Leistungsfähigkeit abhängig ist. Um einen wirklichen Einblick in den zeitigen Stand des Medizinalwesens von Oesterreich-Ungarn zu gewinnen, ist nirgends mehr wie hier ein örtliches Studium und die Inaugenscheinnahme der Einrichtungen selbst erforderlich; soweit die für die Studienreise in Anspruch genommene Zeit und die sonstigen äusseren Umstände dies nicht ermöglicht haben, ist auch die Bearbeitung der einschlägigen Materien eine lückenhafte geblieben.

I. Das öffentliche Sanitätswesen in Oesterreich.

A. Allgemeine Organisation.

Die Angelegenheiten des öffentlichen Sanitätswesens in Oesterreich werden teils von den Organen der politischen Verwaltung, teils von den Selbstverwaltungsorganen besorgt; dem Sanitätsdienst bei den politischen Staatsbehörden steht als vollwichtiger Faktor der Gemeinde-Sanitätsdienst gegenüber.

Aus den im österreichischen Reichsrate vertretenen 17 Ländern sind 14 Verwaltungsgebiete gebildet, an deren Spitze die Statthalter oder Landespräsidenten stehen. Von der parlamentarischen Vertretung jedes der 17 Länder, dem Landtage, wird der Landesausschuss mit einem Landeshauptmann an der Spitze gewählt. Jedes Land ist in politische Bezirke eingeteilt; in dem politischen Bezirke, der eine grössere Anzahl von Gemeinden, bis 100 und darüber mit einer Bevölkerung bis zu 100000 Seelen und mehr umfasst, verwaltet die staatlichen Angelegenheiten der Bezirkshauptmann, welchem auf diesem Gebiete die Gemeinden unterstellt sind, während auf dem Gebiete der Selbstverwaltung die Gemeinden vom Landesausschuss ressortieren, und zwar entweder direkt oder indirekt mittels autonomer Bezirksausschüsse.

Neben den von den staatlichen Amtsvorständen geleiteten politischen Bezirken bilden ausser der Landeshauptstadt auch einzelne andere grössere Städte eigene politische Bezirke, mit einem frei gewählten Gemeindevorstand, dem Bürgermeister an der Spitze, welcher einerseits als Vorstand des Magistrats die Befugnisse eines politischen Amtsvorstandes ausübt, andererseits als Vorsitzender des Gemeinderates der Chef der Selbstverwaltung bzw. der autonomen Gemeindeverwaltung ist.

Diese Gliederung der staatlichen wie der Selbstverwaltung ist auch für die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes massgebend,



welcher, wie das gesamte öffentliche Sanitätswesen durch das Reichsgesetz vom 30. April 1870 mit dem Ergänzungsgesetze vom 5. Januar 1896 geregelt ist.

Die Zentralinstanz.

Die Einheitlichkeit des staatlichen Sanitätsdienstes in den Reichsländern wird durch eine oberste Instanz, das österreichische Ministerium des Innern hergestellt, welchem die Oberaufsicht über das gesamte Sanitätswesen, das humane, sowie das veterinäre und die oberste Leitung der Medizinalangelegenheiten zusteht, mit Ausnahme des medizinischen Unterrichtswesens, das von dem Unterrichtsministerium, und des Seesanitätswesens, das vom Handelsministerium verwaltet wird, in beiden Fällen jedoch im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern, der obersten Sanitätsbehörde.

Die Abteilung des Ministeriums des Innern, welche das Sanitätswesen verwaltet, ist das Ministerial-Sanitätsreferat; sein Personal besteht aus 1 Ministerial-Sanitätsreferenten und 3 Abteilungsvorständen für sanitätspolizeiliche, medizinal-humanitäre und medizinal-gewerbliche Angelegenheiten, sowie nach Bedarf aus ärztlichem Hilfspersonal. Ausserdem fungiert in der Ministerialinstanz zum Zwecke der Bereisung der Länder in wichtigen fachlichen Angelegenheiten ein Landessanitätsinspektor, der nach dem Gesetze vom 5. Januar 1896 ursprünglich nur für das Sanitätsdepartement der politischen Landesbehörde vorgesehen war (siehe unten).

Der Oberste Sanitätsrat.

Dem Minister des Innern ist als beratendes und begutachtendes Organ für die Sanitätsangelegenheiten der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder der „Oberste Sanitätsrat“ beigegeben, bestehend aus dem Ministerial-Sanitätsreferenten und mindestens sechs ordentlichen Mitgliedern mit dreijähriger Funktionsdauer, welche von der Regierung ernannt werden und das gesamte Sanitätswesen bzw. das Gesamtgebiet des ärztlich-hygienischen Wissens zu vertreten haben. Gewöhnlich werden in diesen Fachrat 15 ordentliche Mitglieder gewählt, welche zumeist den Kreisen der Professoren der medizinischen Fakultät, der tierärztlichen Fachschule, der Spitalsdirektoren etc. angehören; als ausserordentliche Mitglieder Vertreter der Seesanität, Pharmazie, Technik, Gewerbeinspektion, Statistik usw. Die ordentlichen Mitglieder führen während der Amtsdauer den Titel „k. k. Ober-



sanitätsrat". Das Amt des ordentlichen Mitgliedes ist ein Ehrenamt und wird in der Regel unentgeltlich geführt; für grössere Arbeiten werden Remunerationen erteilt.

Der Oberste Sanitätsrat ist bei allen Gegenständen, welche das Sanitätswesen im allgemeinen betreffen oder sonst von besonderer sanitärer Wichtigkeit sind, zu vernehmen; er ist verpflichtet, das gesammelte statistische Material zu prüfen und daraus einen zur Veröffentlichung gelangenden Jahresbericht zusammenzustellen, auf Aufforderung oder aus eigener Initiative Anträge auf Verbesserung sanitärer Verhältnisse zu stellen. Auch hat derselbe bei Besetzung von Stellen des öffentlichen Sanitätsdienstes sein Gutachten abzugeben. Seine Aufgabe ist es ferner, die sanitäre Entwickelung des Auslandes zu verfolgen und an internationalen wissenschaftlichen Kongressen durch Vertreter teilzunehmen; er wird endlich auch von allen anderen Ministerien in wichtigen sanitären Angelegenheiten zu Rate gezogen und im administrativen Verfahren von den Verwaltungsgerichten gehört. Der Oberste Sanitätsrat bildet ständige Fachkomitees: das pharmazeutische Komitee zwecks Feststellung der Arzneitaxe, Revision des offiziellen Arzneibuches, Ueberwachung des Heilmittelverkehrs; das Komitee für Lebensmittelkontrolle auf Grund des Lebensmittelgesetzes vom 16. Januar 1896, welches Komitee neben dem durch dieses Gesetz vorgesehenen Fachkollegium „dem Lebensmittelrate des Ministeriums des Innern" fungiert.

Zu wissenschaftlichen Arbeiten stehen dem Obersten Sanitätsrat die Laboratorien der von seinen Mitgliedern etwa geleiteten Institute zur Verfügung. Diesen Laboratorien können auf Kosten des Obersten Sanitätsrats besondere wissenschaftliche Hilfskräfte, sowie zu technischen Vorarbeiten oder zur Geschäftsführung Amtsärzte des Sanitätsdepartements zugewiesen werden. Er verfügt über eine Fachbibliothek und als publizistisches Fachorgan über das im Ministerium des Innern redigierte Wochenblatt „Das österreichische Sanitätswesen".

Die Landesinstanz.

Aehnlich wie die oberste Instanz verfügt auch jede politische Landesbehörde über ein Sanitätsdepartement, gebildet von einem Landessanitätsreferenten und dem erforderlichen Hilfspersonal, das sich aus den Amtsärzten der niederen Rangklasse rekrutiert. Bei denjenigen politischen Landesbehörden, deren Geschäftsumfang in Sanitätsangelegenheiten so gross ist, dass der Landes-Sanitätsreferent den

Obliegenheiten in bezug auf die persönliche Ueberwachung nnd Inspizierung der sanitären Verhältnisse seines Amtsgebietes nicht entsprechend nachkommen kann, sind besonders qualifizierte Amtsärzte als „Landes-Sanitätsinspektoren" vorgesehen. Ferner werden zur Zeit aussergewöhnlicher Bedrohung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch pandemische Infektionskrankheiten in den bedrohten Verwaltungsgebieten Oberbezirksärzte (siehe unten) als inspizierende Amtsärzte bestellt, welche für die Dauer dieser ausnahmsweisen Verwendung die Stellung von Landes-Sanitätsinspektoren einnehmen.

Der Landessanitätsrat.

Dem Landeschef ist als begutachtendes Organ in Sanitätsangelegenheiten ein Landessanitätsrat beigegeben bzw. untergeordnet, bestehend aus dem Landes-Sanitätsreferenten, aus 3 bis 6 ordentlichen Mitgliedern, welche von der Regierung aus den Reihen hervorragender Aerzte der Landeshauptstadt ernannt werden, und deren Zahl fallweise durch ausserordentliche Mitglieder, z. B. bei Beratungen über pharmazeutische Angelegenheiten, durch Apotheker vermehrt werden kann. Die Landesausschüsse sind befugt, 2 ordentliche Mitglieder in diesen Fachrat zu entsenden. Auch die durch das Gesetz vom 22. Dezember 1891 eingerichteten Aerztekammern sind berechtigt, sich durch 1 bis 2 Mitglieder in dem Landessanitätsrat vertreten zu lassen.

Die Amtsdauer der ordentlichen Mitglieder währt 3 Jahre; die Ausscheidenden können wieder ernannt werden. Auch bei diesem Fachorgan ist das Amt eines Mitgliedes ein ehrenamtliches, welches in der Regel unentgeltlich geführt wird; für grössere Arbeiten, welche namentlich die Mühewaltung eines Mitgliedes ausserhalb der Sitzungen in Anspruch nehmen, werden Remunerationen erteilt. Die Aufgaben des Landessanitätsrates entsprechen im wesentlichen den des Obersten Sanitätsrates. Von besonderer Bedeutung für die Tätigkeit des ersteren ist der Umstand, dass durch die Vertretung der autonomen Landesverwaltung in diesem Fachorgane auch die den Gemeinden und Landesausschüssen auf dem sanitären Selbstverwaltungsgebiete obliegenden Aufgaben Berücksichtigung finden.

Die Bezirksinstanz. Der Bezirksarzt.

Die ständigen Sanitätsorgane der untersten politischen Instanz sind einerseits bei den Bezirkshauptmannschaften die landes-



fürstlichen Bezirksärzte, andererseits bei den mit eigenen Gemeindestatuten versehenen Städten die von den Gemeindevertretungen angestellten Amtsärzte (Physici). Der landesfürstliche Bezirksarzt ist dem Bezirkshauptmann seines Amtsbezirks unmittelbar untergeordnet; er wird von demselben verwendet zur Führung der Aufsicht auf dem gesamten medizinal-polizeilichen Gebiete· er hat ferner bei der unmittelbaren Besorgung des Sanitätswesens durch die Bezirkshauptmannschaften mitzuwirken, und zwar bei der Leitung des Sanitätswesens überhaupt, bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Menschen und in Ermangelung eines Amtstierarztes auch der nutzbaren Haustiere, bei der Verhütung und Bekämpfung der Epidemien bzw. der Epizootien, und bei der Durchführung der sanitären Aufgaben der Gemeinden; endlich findet ihre Mitwirkung auch auf dem Gebiete der Gesundheitspflege in den Schulen und der Gewerbehygiene statt. Die Wahrnehmung dieser Amtsgeschäfte erfolgt im Auftrage und im Namen des Amtschefs, event. auch aus eigener Initiative. Zu diesem Zwecke hat der Bezirksarzt seinen Bezirk periodisch und ausserdem, so oft erforderlich, zu bereisen; er bezieht hierfür wie für die Bestreitung besonderer amtlicher Bedürfnisse ein Amts- und Reisepauschale. Die landesfürstlichen Bezirksärzte sind als solche auch verpflichtet, sich gegen Bezug der normalmässigen Gebühren als Gerichtsärzte verwenden zu lassen.

Die dienstlichen Obliegenheiten der Bezirksärzte sind zwar im § 8 des Reichssanitätsgesetzes präzisiert, im Rahmen dieser Gesetzesbestimmung jedoch in einzelnen Verwaltungsgebieten noch durch besondere Dienstinstruktionen weiter ausgeführt. So bestimmt beispielsweise der Erlass der k. k. Statthalterei in Tirol und Voralberg vom 17. Oktober 1885 über die periodischen Bereisungen des Amtsbezirks, dass der Bezirksarzt seine Inspektion auf alle jene Ortschaften alljährlich auszudehnen hat, in welchen öffentliche oder von den berechtigten Aerzten und Wundärzten gehaltene Hausapotheken oder Krankenanstalten sich befinden, während er alle übrigen Ortschaften seines Bezirks aber wenigstens alle 3 Jahre zu besichtigen hat, wobei es sich von selbst versteht, dass Ortschaften, wo besondere sanitäre Uebelstände zutage getreten sind, vor anderen und womöglich öfter als andere besichtigt, und dass Sanitätsobjekte insbesondere zu jener Zeit inspiziert werden müssen, wo sanitäre Missstände bei denselben am leichtesten und häufigsten aufzutreten pflegen. Ueber die Ergebnisse der Inspektionen sind in dem Falle, als dabei Gebrechen

aufgefunden wurden, deren Behebung entweder unmittelbar angeordnet oder beantragt wird, Separatprotokolle aufzunehmen, welche von dem Gemeindevorsteher oder dessen Vertreter unterfertigt werden müssen, und mit einem die Inspektionstätigkeit übersichtlich darstellenden Bereisungsberichte dem Amtsvorstande zur Einsicht und Einleitung der erforderlichen Massregeln vorzulegen. Die Bezirkshauptmannschaften haben nach Abschluss der bezüglichen Amtshandlungen, längstens aber bis Ende Dezember jeden Jahres unter Vorlage aller von den Bezirksärzten zu verfassenden Protokolle und Berichte über den Erfolg an die Statthalterei zu berichten.

Zu erwähnen ist noch, dass Wert darauf gelegt wird, dass die landesfürstlichen Sanitätsorgane möglichst innerhalb der Amtslokalitäten der Bezirkshauptmannschaften untergebracht werden. Die in Handhabung des staatlichen Sanitätsdienstes notwendigen chemischen und bakteriologischen Untersuchungen sollen in der Regel von den an öffentlichen Anstalten wirkenden fachmännischen Mitgliedern des Landessanitätsrates auf Kosten desselben vorgenommen werden. Die darüber von diesen Fachmännern abgegebenen Gutachten erfolgen nur in deren eigenem Namen und unter deren eigener Verantwortung, sind also nicht Gegenstand der Beschlussfassung des Landessanitätsrates.

Die Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste bei den politischen Behörden bedingt für die Aerzte die Ablegung einer besonderen staatlichen Prüfung, der Physikatsprüfung, für welche die Verordnung des Ministers des Innern vom 21. März 1873 und die dazu erlassenen ergänzenden Bestimmungen massgebend sind und welche sich auf Hygiene und Sanitätsgesetzeskunde, gerichtliche Medizin mit Einschluss der forensischen Psychologie, Pharmakognosie mit Einschluss der Kenntnis der gangbarsten Gifte, Chemie (letztere beide Prüfungsgegenstände im Umfange der bezirksärztlichen Agenden), sowie auf die Veterinärpolizei erstreckt.

Dieser Prüfung haben sich auch die in den Städten mit eigenen Gemeindestatuten als Amtsärzte anzustellenden Aerzte zu unterziehen, deren Tätigkeit als Sanitätsorgane meist durch besondere Instruktionen geregelt sind.

Nach den älteren Bestimmungen gab es Bezirksärzte 1. und 2. Klasse; durch Gesetz vom 5. Januar 1896 wurde letztere Kategorie als Sanitätskonzipisten für den Sanitätsdienst bei den Bezirkshauptmannschaften, sowie zur hilfsärztlichen Dienstleistung bei den poli-



tischen Landesbehörden eingestellt. Da ältere und bewährte Bezirksärzte zu Oberbezirksärzten ernannt werden können, bestehen für die ärztlichen Amtsorgane bei der politischen Bezirksbehörde 3 Rangklassen: zu $^1/_5$ der Gesamtzahl Sanitätskonzipisten (10. Rangklasse), zu $^3/_5$ Bezirksärzte (9. Rangklasse) und zu $^1/_5$ Oberbezirksärzte (achte Rangklasse). Es folgt dann der Landessanitätsinspektor (7. Rangklasse), der Landessanitätsreferent mit dem Charakter eines Statthaltereirats oder Regierungrats (6. Rangklasse) und endlich der Sanitätsreferent im Ministerium des Innern mit dem Charakter eines Ministerialrats (5. Rangklasse).

Neben den Bezirksärzten sind seit 1892/93 bei den k. k. Polizeidirektionen in Wien und Prag noch besondere k. k. Polizeiärzte angestellt, und zwar Polizeibezirksärzte der 10. und 9. Rangklasse, Oberbezirksärzte der 8. Rangklasse und deren Chefarzt (7. Rangklasse).

Die schon oben genannten Sanitätsassistenten (Konzeptspraktikanten bei den politischen Behörden) sind lediglich Dienstanwärter, welche in Erwartung zunächst eines freiwerdenden Adjutums, späterhin einer Anstellung als Sanitätskonzipisten möglichst frühzeitig ohne Entlohnung als Hilfsarbeiter in die amtsärztliche Karriere eintreten und den Nachwuchs bilden.

Für die stetige Entwickelung des politischen Sanitätsdienstes in Oesterreich spricht der Umstand, dass sich die Zahl der Amtsärzte in den letzten 25 Jahren nahezu verdoppelt hat.

Aufgaben des politischen Sanitätsdienstes.

Mit dem in Vorstehendem geschilderten gesamten Apparat sanitärer Fachorgane hat die österreichische Staatsverwaltung alle Aufgaben zu erledigen, welche sich auf die Handhabung der Gesetze und die Oberaufsicht auf dem gesamten sanitäts- und medizinalpolitischen Gebiete, sowie auf die Fürsorge auf dem Gebiete der veterinären Sanität beziehen (letztere bleibt in den folgenden Ausführungen unberücksichtigt).

Gegenüber diesem staatlichen Wirkungskreise in Sanitätsangelegenheiten beruht der wichtigste Teil der öffentlichen Gesundheitspflege, die eigentliche Handhabung der Gesundheitspolizei auf denjenigen Aufgaben, welche den Gemeinden, sei es im selbständigen, sei es im übertragenen Wirkungskreise obliegen.



Aufgaben des Gemeinde-Sanitätsdienstes.

Zu dem selbständigen Wirkungskreise der Gemeinde gehört:

die Handhabung der sanitätspolizeilichen Vorschriften über die öffentliche Reinlichkeit, die Wohnungshygiene, die Entwässerung und Wasserversorgung der Ortschaften, den Lebensmittelverkehr und die öffentlichen Badeanstalten;

die Fürsorge für die Erreichbarkeit der nötigen Hilfe bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie für Rettungsmittel bei plötzlichen Lebensgefahren;

die Evidenzhaltung der nicht in öffentlichen Anstalten untergebrachten Findlinge, Taubstummen, Irren und Kretins, sowie der Ueberwachung und Pflege dieser Personen;

die Errichtung, Instandhaltung und Ueberwachung von Leichenkammern und Begräbnisplätzen.

Zu dem übertragenen Wirkungskreis der Gemeinden:

die Durchführung der örtlichen Vorkehrungen zur Verhütung ansteckender Krankheiten und ihrer Weiterverbreitung;

die Handhabung der sanitätspolizeilichen Verordnungen und Vorschriften über Begräbnisse;

die Mitwirkung bei allen von der politischen Behörde im Gemeindebezirke vorzunehmenden sanitätspolizeilichen Augenscheinen und Kommissionen, insbesondere bei der öffentlichen Impfung, bei Leichenausgrabungen und Obduktionen;

die unmittelbare sanitätspolizeiliche Ueberwachung der in der Gemeinde befindlichen privaten Heil- und Gebäranstalten;

die periodische Erstattung von Sanitätsberichten an die politische Behörde.

Der Gesetzgebung bleibt es vorbehalten, noch andere Gegenstände des Sanitätswesens zu bestimmen, welche die Gemeinden im übertragenen Wirkungskreise zu besorgen haben.

Für die Art und Weise, auf welche jede Gemeinde für sich oder in Gemeinschaft mit anderen Gemeinden die zur Handhabung der Gesundheitspolizei notwendigen Einrichtungen zu treffen hat, sind durch die Landesgesetzgebung Bestimmungen zu treffen. Es ist dies geschehen durch die Organisation eines „Gemeindesanitätsdienstes“. Die Durchführung dieser bereits im Reichs-Sanitätsgesetz von 1870 vorgesehenen Organisation ist allerdings erst nach und nach erfolgt vom Jahre 1874 in Istrien und Dalmatien bis zum Jahre 1896 in Schlesien.



Sie ist bestimmt, die eigentliche Grundlage für die Entwickelung der öffentlichen Gesundheitspflege in Oesterreich, das Bindeglied zwischen der staatlichen und der kommunalen Fürsorge für das gesundheitliche Wohl der Bevölkerung zu bilden, und bei konsequenter und sachgemässer Durchführung unter staatlicher Oberaufsicht den sichersten Schutz gegen vorübergehende und dauernde Störungen der Volksgesundheit zu gewähren.

Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes. Sanitätsgemeinden. Gemeinde- bzw. Distriktsarzt. Stadtphysikus.

Die Organisierung des Sanitätsdienstes in den Gemeinden, mit Ausnahme der Städte mit eigenem Statut, beruht überall auf landesgesetzlichen Verordnungen, deren Bestimmungen nicht wesentlich von einander abweichen.

Im allgemeinen ist das Gemeindesanitätswesen folgendermassen geregelt:

Die den Gemeinden in bezug auf die Handhabung der Gesundheitspolizei und auf das Gesundheitswesen überhaupt nach dem Reichs-Sanitätsgesetz obliegenden Geschäfte hat jede Gemeinde entweder für sich oder im Vereine mit Nachbargemeinden unter Bildung einer Sanitätsgemeinde bzw. eines Sanitätsdistrikts und unter Mitwirkung eines hierzu bestellten Gemeindearztes bzw. Distriktsarztes zu besorgen. Die Vereinigung von Gemeinden zu einer Sanitätsgemeinde soll in der Regel nur Gemeinden desselben politischen Bezirks umfassen. Die freiwillige Vereinigung von Gemeinden zur Bildung einer Sanitätsgemeinde und gemeinschaftlichen Bestellung eines Gemeindearztes, desgleichen die selbständige Bestellung eines solchen seitens einer einzelnen Gemeinde bedarf der Genehmigung des Landesausschusses im Einverständnis mit der Statthalterei (in Nieder-Oesterreich umgekehrt).

In Fällen, in welchen die Vereinigung von Gemeinden, welche selbständig keine Aerzte bestellen, freiwillig nicht zustande kommt, hat der Landesausschuss nach Anhörung der beteiligten Gemeinden im Einverständnis mit der Statthalterei (auch umgekehrt) die Bildung von Sanitätsgemeinden bzw. die Zuweisung solcher Gemeinden zu schon bestehenden Sanitätsgemeinden anzuordnen. Die Namen der Sanitätsgemeinden richten sich in der Regel nach dem Sitze des Gemeindearztes.

Die Entlohnung eines Gemeindearztes wird entweder durch freiwilliges, der Genehmigung des Landesausschusses im Einvernehmen

mit der Statthalterei unterliegendes Uebereinkommen zwischen Arzt und Vertretung der Sanitätsgemeinde bestimmt oder von diesen Behörden festgesetzt.

Zur leichteren Erfüllung der den Gemeinden gesetzlich auferlegten Verpflichtung kann der Landesausschuss den bedürftigen Einzel- oder Sanitätsgemeinden Unterstützungen aus dem Landesfonds nach Massgabe der voranschlagsmässigen Bedeckung bewilligen. Im Falle dieser Unterstützung aus dem Landesfonds erfolgt die Ernennung des Gemeindearztes auf Vorschlag der Gemeinde oder der Gemeindegruppe durch den Landesausschuss im Einverständnis mit der Statthalterei. Für Steiermark besteht die ausdrückliche Bestimmung, dass jede Gemeinde verpflichtet ist, das Erfordernis für die Gehaltsbezüge des Gemeindearztes dann aufzubringen, wenn der damit verbundene, aus Gemeindemitteln zu bestreitende Kostenaufwand 1 Prozent aller in der Gemeinde vorgeschriebenen direkten Steuern samt Staatszuschlägen nicht übersteigt.

Das Amt eines Gemeinde- (Distrikts-) Arztes ist ein öffentliches Amt. Als solcher kann nur derjenige angestellt werden, welcher zur Ausübung der Praxis in den im Reichsrate vertretenen Ländern berechtigt ist, die österreichische Staatsbürgerschaft, physische Eignung, moralische Unbescholtenheit besitzt und die im Dienstsprengel üblichen Sprachen in Wort und Schrift beherrscht. Beim Antritt des Dienstes hat er bei der politischen Bezirksbehörde den vorgeschriebenen Diensteid zu leisten. Der Gemeindearzt kann mit Ausnahme des Falles der vertragsmässigen Kündigung nur mit Zustimmung der politischen Behörde von seinem Posten entlassen werden; desgleichen kann die Statthalterei im Einvernehmen mit dem Landesausschusse im Disziplinarwege die Suspendierung oder Entlassung des Gemeindearztes verfügen.

Zur Besetzung neu errichteter oder erledigter Dienststellen ist der Konkurs auszuschreiben. Das Gehalt des Gemeindearztes wird von der Gemeindevertretung bemessen und erfolgt aus der Gemeindekasse (im Königreich Böhmen darf das Gehalt nicht weniger als 400 fl. betragen; in Mähren darf die Gehaltshöhe nicht unter 50 fl. auf je 1000 Einwohner bemessen werden); die Einnahmen der für Sanitätsgemeinden (Gemeindegruppen) angestellten Gemeinde-(Distrikts-) Aerzte besteht aus dem Gehalte und dem Kostenansatze für Dienstreisen. Für ärztliche Verrichtungen, welche ein Gemeindearzt im Auftrage der Staatsverwaltung und nicht in Erfüllung der selbständigen



oder übertragenen Wirkungskreise der Gemeinden vollzieht, hat derselbe den Anspruch auf die normalmässigen Gebühren aus dem Staatsschatze. Für Posten, welche durch besonders schwierige Terrain- oder andere lokale Verhältnisse und eine wenig lohnende Privatpraxis als ungünstig sich erweisen und dem Gemeindearzt die notwendigen Subsistenzbedingungen nicht zu gewähren imstande sind, kann der Landesausschuss Subvention aus dem Landesfonds in einem mit der Schwierigkeit des Postens wachsenden Verhältnisse provisorisch oder dauernd gewähren.

Der Gemeindearzt ist das fachmännische Organ bei Erfüllung der den Gemeinden in Sanitätsangelegenheiten im selbständigen und übertragenen Wirkungskreise reichsgesetzlich auferlegten Verpflichtungen. Seine Dienstobliegenheiten werden durch eine zwischen der Statthalterei und dem Landesausschusse (event. nach Einholung des Fachgutachtens des Landes-Sanitätsrates) vereinbarte Dienstinstruktion geregelt.

Er ist zur Behandlung mittelloser Kranken, zur Untersuchung der Schublinge und sofern zu den Bezügen des Gemeindearztes aus dem Landesfonds ein Beitrag geleistet wird, auch zur Ausführung der öffentlichen Impfungen unentgeltlich verpflichtet.

Seine Mitwirkung wird demnächst in Anspruch genommen auf den Gebieten der Nahrungsmittelpolizei, der Wohnungshygiene, öffentlichen Reinlichkeitspflege, bei der Beaufsichtigung der Badeanstalten, fliessenden und stehenden Gewässer, bei der Ueberwachung des Handels mit Medizinalwaren, Giften und Gebrauchsgegenständen, bei der Bekämpfung der Kurpfuscherei, und soweit Tierärzte nicht zu Gebote stehen, bei Ueberwachung der Vieh- und Fleischbeschau. Der Gemeindearzt hat für rechtzeitige und ausreichende Erlangung ärztlicher Hilfeleistung in dringenden Krankheits- und bei Unglücksfällen Sorge zu tragen; er ist verpflichtet, eine Hausapotheke zu halten, wenn sich im Umkreise von 5 km von seinem Wohnorte keine öffentliche Apotheke befindet. Er hat ferner an der Ueberwachung der Pflege der Taubstummen, Blinden, Kretins, Irrsinnigen, Krüppel, Findlinge, Pflege- und Haltekinder teilzunehmen und sämtliche im Sanitätsgebiete gelegenen Privat- und Gemeinde-Sanitätsanstalten zu überwachen.

Eine seiner wichtigsten Funktionen ist die rechtzeitige, umfassende und umsichtige Intervention beim Auftreten von Infektionskrankheiten jeder Art, wobei er sich nicht bloss auf die sanitätspolizeiliche Tätigkeit zu beschränken, sondern im Notfalle auch die erforderliche ärzt-

liche Hilfe zu leisten hat. Desgleichen hat der Gemeindearzt auch die Berichterstattung über seine sanitätspolizeilichen Ermittelungen und die von ihm eingeleiteten Vorbeugungsmassregeln an die politische Bezirksbehörde durch den zuständigen Gemeindevorsteher, event. auch unmittelbar ohne Verzug zu besorgen. Ausserdem hat er über seine gesamten Wahrnehmungen auf dem Gebiete der den Gemeinden zugewiesenen Gesundheitspolizei am Schlusse jeden Jahres dem Landesausschusse einen Bericht zu erstatten. Die Ausübung der Totenbeschau liegt dem Gemeindearzte gleichfalls ob, soweit nicht Laientotenbeschauer angestellt sind, in welchem Falle er zur Beaufsichtigung derselben verpflichtet ist.

Endlich hat der Gemeindearzt den Amtsarzt bei der diesem obliegenden Beaufsichtigung des Gemeinde-Sanitätsdienstes wirksam zu unterstützen, ihm alle nötigen Aufklärungen zu geben und die vorgeschriebenen Nachweisungen, als das Impfjournal, das Totenbeschauprotokoll, das Arzneibezugsbuch, das Verzeichnis der behandelten Armen und das Vermerkbuch zur Abfassung des Jahres-Sanitätsberichtes zur Einsicht vorzulegen.

Zur Durchführung des Gemeinde-Sanitätsdienstes sind die Städte mit eigenem Statut verpflichtet, auf eigene Kosten die erforderliche Anzahl von Gemeindeärzten (Stadtärzten) zu bestellen. Für einzelne Länder, wie Istrien, Dalmatien, Böhmen, Mähren, Galizien besteht die Vorschrift, auch in anderen Städten mit mehr als 5000 oder 6000 Einwohnern auf eigene Kosten einen oder nach Bedarf mehrere Gemeindeärzte (Stadtärzte) anzustellen. Den Gemeinde- bzw. Distrikts- bzw. Armenärzten bei den autonomen Städteverwaltungen steht der Stadtphysikus vor, welcher, soweit es sich um die Aufgaben im übertragenen Wirkungskreise handelt, wie schon oben erwähnt, die Funktionen eines Bezirksarztes der politischen Behörde ausübt, gegenüber den Aufgaben im eigenen Wirkungskreise aber die Stellung eines Stadtarztes einnimmt.

Die Gesundheitskommission.

Gleichzeitig mit der Einführung von Gemeinde- bzw. Distriktsärzten hat die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes in einer Reihe von Ländern einen weiteren Ausbau durch die Einrichtung von Gesundheitskommissionen erfahren. Eine reichsgesetzliche Regelung dieser Materie ist bisher noch nicht erfolgt. Wohl war für den Fall des Ausbruchs der Choleraepidemie durch ministeriellen Erlass vom

30. August 1848 die Bildung von Sanitätskommissionen angeregt worden: ebenso steht es den politischen Landesbehörden zu, bei Einleitung des sogenannten Epidemieverfahrens zwecks Aufdeckung und Beseitigung sanitärer Missstände und zur Ueberwachung der getroffenen Vorkehrungen eigene gemischte Sanitätskommissionen einzusetzen, es ist jedoch den Selbstverwaltungsorganen vorbehalten geblieben, dauernde, dem regelmässigen Sanitätsdienste angepasste Institutionen zu schaffen. Den Anfang mit der Bildung von Gesundheitskommissionen machten Istrien und Dalmatien im Jahre 1874; es folgten Bukowina 1879, Mähren 1884, Tirol 1885, Böhmen 1888, Galizien 1891 usw.

In den Gemeinden mit eigenem Statut sind ständige Gesundheitskommissionen überall vorgesehen; in einzelnen Ländern sind sämtliche Gemeinden, welche überhaupt nur über Gemeindeärzte verfügen, zur Einsetzung solcher Kommissionen verpflichtet, in anderen Ländern dagegen wird die Bildung derselben dem Beschlusse der Gemeinde- oder Bezirksvertretung vorbehalten, oder aber sie ist wenigstens für alle Städte von 6000 Einwohnern ab obligatorisch. Die landesgesetzlichen Bestimmungen über die Bildung von Gesundheitskommissionen weichen nicht wesentlich von einander ab. Im allgemeinen sind folgende Gesichtspunkte massgebend:

Die Gesundheitskommission besteht unter dem Vorsitze des Gemeindevorstandes oder dessen Stellvertreters aus den Gemeindeärzten, aus einem vom Gemeindevorstande bestimmten Beamten, welcher mit gesundheitspolizeilichen Geschäften vorzugsweise betraut ist, aus 4 bis 12 Mitgliedern, welche vom Gemeindeausschusse (Gemeinderat) zur Hälfte aus seiner Mitte, zur anderen Hälfte aus Sanitäts- oder anderen mit den einschlägigen Kenntnissen betrauten Personen des Ortes, auch Technikern und Schulmännern gewählt werden. Auf Anordnung oder mit Genehmigung des Gemeindevorstandes können den Beratungen von Fall zu Fall ausserordentliche Mitglieder beigezogen werden.

Die Gesundheitskommission ist das beratende und begutachtende Organ für die der Gemeinde obliegenden Sanitätsangelegenheiten und ist insbesondere bei allen Gegenständen, welche das Sanitätswesen im allgemeinen betreffen oder — wenngleich spezieller Natur — doch von besonderer sanitärer Wichtigkeit sind, zu vernehmen. Regelmässig sind ihrer Begutachtung zuzuweisen:

die Angelegenheiten der Organisation des Sanitätsdienstes in der Gemeinde;



die Qualifikation von Bewerbern um die Stellen im Gemeinde-sanitätsdienst;
die Sanitätsangelegenheiten allgemeiner Natur, welche eine grössere Anzahl von Einwohnern gemeinsam berühren, öffentliche sanitäre Einrichtungen, Bauten zu sanitären Zwecken usw.

Die Gesundheitskommission ist verpflichtet, die von dem Gemeindevorstande erforderten Gutachten ohne weiteres abzugeben, sie ist aber auch berechtigt, aus eigener Initiative Anträge auf Verbesserung der sanitären Verhältnisse der Gemeinde und auf Durchführung bezüglicher Massnahmen zu stellen. Ihre Anträge und Gutachten werden durch den Vorsitzenden der Gemeindebehörde zur Kenntnis gebracht; letztere hat ihr von der Erledigung der betreffenden Geschäftsstücke längstens innerhalb eines Vierteljahres Mitteilung zu machen, worauf im Falle der erfolgten Ablehnung der gestellten Anträge ungesäumt die Vorlage der Sitzungsprotollo an die politische Behörde zu erfolgen hat.

Der Vorsitzende hat die Gesundheitskommission wenigstens einmal des Monats zu einer regelmässigen Sitzung, ausserdem aber nach Bedarf einzuberufen. Die politische Behörde ist berechtigt, zu den Sitzungen den Amtsarzt oder einen Stellvertreter desselben zu entsenden. Benötigt die Gesundheitskommission eine sachliche Information in besonderen sanitären Fragen, so hat sich der Vorsitzende direkt an den k. k. Bezirksarzt zu wenden, welcher überdies bei den dienstlichen Bereisungen seines Bezirks sowohl über die Tätigkeit der Gesundheitskommission sich Kenntnis zu verschaffen, als auch derselben mündliche Belehrungen zu erteilen verpflichtet ist.

Der Hebammendienst.

Eine ungleiche, vielfach noch unvollkommene und sich noch nicht auf alle österreichischen Länder erstreckende Entwickelung hat der öffentliche Hebammendienst als nicht unwichtiger Teil des Gemeinde-Sanitätsdienstes erfahren. Es gibt noch viele Gegenden, wo überhaupt für sachkundigen Beistand bei Entbindungen nur mangelhaft gesorgt ist; an eine eigentliche Organisation dieses Dienstes sind die meisten Landesregierungen erst sehr spät herangetreten, einzelne noch gar nicht. Wo besondere Verordnungen erlassen sind, haben die Einzelgemeinden, event. mehrere zu einem Hebammenbezirke vereinigte Gemeinden die Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, dass durch Anstellung von Gemeinde- bzw. Bezirkshebammen eine hinreichende



Hebammenhilfe überhaupt und die unentgeltliche Hilfeleistung geprüfter Hebammen für arme Gebärende und Wöchnerinnen gesichert werde. Der Wohnort dieser Hebammen, sowie der Umfang ihres Dienstbereiches werden in der Regel von der k. k. Landesregierung im Einverständnis mit dem Landesausschusse oder umgekehrt festgesetzt; in Böhmen und Galizien haben der Bezirksausschuss und die politische Bezirksbehörde darüber zu befinden. Die Anstellung und Vergütung der Hebammen erfolgt gegen eine fixe Jahresdotation oder gegen die Zubilligung bestimmter Sätze für die Einzelleistungen bei armen Gebärenden. Ueber strittige Gebühren- und Ersatzansprüche entscheiden die politischen Behörden. Gebührentarife bestehen im übrigen bisher nur in wenigen Ländern. In dienstlicher und disziplinärer Beziehung unterstehen die Gemeinde- bzw. Bezirks- oder Distriktshebammen der Bezirkshauptmannschaft; in ihrer sonstigen Stellung dem Bezirks- oder Landesausschuss.

Die Totenbeschau.

Eine ausserordentlich wichtige Aufgabe des Gemeinde-Sanitätsdienstes ist die den Gemeinden im übertragenen Wirkungskreise obliegende Handhabung der Totenschau, welche in allen österreichischen Ländern als die notwendige Vorbedingung der Beerdigung einer Leiche gilt und in allen Verwaltungsgebieten durch eigene Vorschriften (Totenbeschauordnungen und Instruktionen für Leichenbeschauer) geregelt worden ist, und zwar in Krain bereits seit 1860, in der Bukowina seit 1873, in Schlesien seit 1877, in den übrigen Ländern während des Zeitraumes von 1894 bis 1897. Für die Hauptstücke der gesamten deutschen Erbländer war die Totenbeschau schon durch das Hofkanzleidekret vom 30. März 1770 obligatorisch gemacht.

In allen Ländern, in welchen die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes durchgeführt ist, gehört die Totenbeschau zu den Obliegenheiten der Gemeinde- bzw. Distriktsärzte. Da jedoch in den vom Wohnorte des Gemeindearztes sehr weit entfernten Ortschaften die ausschliessliche Vornahme der Totenbeschau durch diese Aerzte nicht immer möglich ist, wurde in der Mehrzahl der Totenbeschauordnungen die subsidiäre Heranziehung von nicht ärztlichen Totenbeschauern vorgesehen, welche entweder einen Unterricht geniessen (Bukowina) oder durch eine vor dem Amtsarzte (Bezirksarzte) abgelegte Prüfung die nötigen Kenntnisse darzutun haben. In einzelnen Ländern dürfen diese Laientotenbeschauer nur in solchen Fällen, wenn

ein ärztlicher Behandlungsschein vorliegt, wenn der Todesfall bei alten, schon lange kränklichen Personen eingetreten ist, oder wenn es sich um Kinder handelt, welche alsbald nach der Geburt an angeborener Lebensschwäche gestorben sind, die Beschau vornehmen, während diese Tätigkeit in allen übrigen Fällen dem für die betreffende Ortschaft bestimmten ärztlichen Totenbeschauer vorbehalten ist. In den grösseren öffentlichen Krankenanstalten wird die Totenbeschau von Anstaltsärzten vorgenommen und zwar auf Grund der besonderen hierüber bestehenden Instruktionen.

In denjenigen Gemeinden, welche in der Lage sind, mehr als einen ärztlichen Totenbeschauer zu bestellen, sei es dauernd, sei es nur vorübergehend, darf der Arzt, welcher nicht Gemeindearzt ist, die Totenbeschau bei den Leichen solcher Personen, welche er während ihrer letzten Krankheit behandelt hat, nicht ausüben. Die Bestellung von Aerzten, die nicht als Gemeindeärzte fungieren, zu Totenbeschauern ist ungesäumt der politischen Behörde 1. Instanz anzuzeigen. Solche Aerzte, ebenso wie die Laien-Totenbeschauer werden vor ihrer Anstellung in Eid und Pflicht genommen.

Die Entlohnung der Aerzte oder Laientotenbeschauer liegt der Sanitätsgemeinde ob.

Die Totenschau hat zum Zwecke:

1. die Konstatierung des wirklich eingetretenen Todes;
2. die Ermittelung der Todesart, ob nämlich der Verstorbene eines natürlichen Todes infolge einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit und unter Behandlung eines hierzu berechtigten Sanitätsorganes, oder infolge einer gewaltsamen, absichtlich oder zufälligen Einwirkung verschieden ist;
3. die Ermittelung, ob der Tod durch verbrecherische oder sonstige Handlungen oder Unterlassungen, welche die Sicherheit des Lebens zu gefährden geeignet sind, herbeigeführt wurde;
4. die Ermittelung, ob ansteckende Krankheiten epidemisch auftreten oder aufzutreten drohen, oder ob bei dem Todesfalle überhaupt Umstände eintreffen, welche die Entstehung oder Verbreitung von Krankheiten begünstigen oder veranlassen können, daher besondere Massregeln zur Abwehr von weiteren Erkrankungen erfordern;
5. Die Beschaffung eines verlässlichen Materials für die Statistik der Sterblichkeit.

Es muss auch die Leiche jedes tot, wenn auch vorzeitig zur Welt gekommenen Kindes der regelmässigen Totenschau unterzogen werden.

Bei Todesfällen, für deren Ursachen weder Anhaltspunkte aus der Totenschau, noch Aufklärungen durch die gepflogenen Erhebungen erlangt werden können, hat der Gemeindevorsteher ungesäumt die Anzeige an die vorgesetzte politische Behörde zu erstatten, welche, wenn sich aus ihren weiteren Erhebungen kein Verdacht herausstellt, dass der Todesfall in einer strafbaren Handlung oder Unterlassung seinen Grund hat, mit möglichster Beschleunigung darüber Entscheidung treffen muss, ob eine „sanitätspolizeiliche“ Obduktion vergenommen, oder die Leiche ohne Obduktion beerdigt werden soll. Nur für den Fall, dass bereits der Verdacht einer strafbaren Handlung oder Unterlassung als Ursache des Todesfalles besteht, erfolgt die Anzeige durch den Gemeindevorsteher unmittelbar an das zuständige Strafgericht, demnächst auch an die politische Behörde. Erklärt das Gericht, von einer gerichtlichen Beschau Abstand zu nehmen, so ist dies auf kürzestem Wege der politischen Behörde behufs deren Verfügung über die Leiche anzuzeigen. Bei durch eine ansteckende Krankheit verursachten Todesfällen hat der ärztliche Totenbeschauer hiervon sofort dem Gemeindevorsteher Anzeige zu erstatten und eventuell die erforderlichen Desinfektionsmassregeln anzuordnen.

Sanitätspolizeiliche Leichenobduktionen.

Was die vorerwähnten „sanitätspolizeilichen“ Leichenobduktionen anbetrifft, für welche die für gerichtliche Leichenöffnungen massgebenden Vorschriften zutreffend sind, und welche in der Regel durch 2 Sanitätspersonen, nämlich durch den der politischen Behörde beigegebenen Amtsarzt und den beeideten Totenbeschauer der für die Totenbeschau zuständigen Gemeinde, wenn letzterer zugleich Arzt oder Wundarzt ist, eventuell durch einen anderen Arzt oder Wundarzt, auszuführen sind, so soll eine derartige Obduktion grundsätzlich nur dann vorgenommen werden, wenn entweder sanitätspolizeiliche oder andere öffentliche Rücksichten oder eine bestimmte Verordnung dieselbe erfordern; sie ist daher beispielsweise vorzunehmen, wenn es sich um die Erhebung einer nur durch die Leichenobduktion mit Sicherheit zu bestimmenden Epidemie handelt, oder wenn in aussergerichtlichen Fällen bei tot gefundenen oder plötzlich Verstorbenen die unbekannte Ursache im öffentlichen Interesse erforscht werden soll.



Sonstige Aufgaben der autonomen Landesverwaltung.

Abgesehen von dem Einflusse, welchen die autonomen Landesverwaltungen gesetzmässig auf die Entwickelung und Durchführung des Gemeindesanitätsdienstes ausüben, liegt ihnen ausschliesslich die gesetzliche Pflicht ob, die Kosten für die Pflege der Gebärenden und der Irren zu tragen; es geschieht dies teils aus Landesmitteln, teils aus hierfür bestimmten ehemaligen Staatsfonds, welche auf die Landesverwaltungen übergegangen sind. Einzelne Länder unterhalten auch grössere öffentliche Krankenanstalten, während diese Anstalten im allgemeinen im Besitze der autonomen Bezirke, Städte und Gemeinden oder von geistlichen Ordensgenossenschaften, Vereinen und Stiftungen sind und ebenso wie die im gleichem Besitze befindlichen Wohlfahrtsanstalten, Blinden-, Taubstummen- und Idiotenanstalten, Asyle und Rekonvaleszentenhäuser nur hier und da eines Zuschusses aus Landesmitteln bedürfen.

Die Berichterstattung und Statistik.

Ueber das gesamte Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege, soweit selbige Gegenstand des Sanitätsdienstes einerseits der Selbstverwaltungskörper, andererseits der politischen Behörden ist, sowie über die Volksbewegung findet in Oesterreich eine ebenso vielseitige, wie prompte Berichterstattung statt, für welche den Bezirksärzten und den ihnen gleichstehenden Stadtphysicis in den Städten mit eigenem Statute das erforderliche statistische Material unverkürzt zur Verfügung steht.

Den politischen Behörden 1. Instanz müssen zunächst vierteljährige Auszüge aus den von den Seelsorgern geführten Matrikelbüchern vorgelegt werden, welche die Eheschliessungen, Geburten, Legitimationen und Sterbefälle nach dem Alter und nach Gruppen von Todesursachen, sowie Angaben darüber enthalten, ob bei einer Geburt Hebammenhilfe, bei einem Todesfalle eine ärztliche Totenbeschau stattgefunden hat, und zwar für jede der betreffenden Matrikelstelle zugewiesene politische Gemeinde, sowie für Teile einer solchen gesondert, für die in der Diaspora lebenden Angehörigen einer Konfession summarisch für den betreffenden politischen Bezirk. Diese Nachweisungen unterliegen bei der 1. politischen Instanz einer Prüfung und Bearbeitung, an welcher sich die Amtsärzte insoweit zu beteiligen haben, als sie die statistischen Nachweise über die Todes-



ursachen vergleichen müssen mit dem Material der Monats- und Quartalberichte, welche die Totenbeschauer oder die Gemeinden aus den von ihnen geführten Totenbeschauprotokollen auszuziehen und an die politische Behörde 1. Instanz einzureichen haben, ein Verfahren, welches ganz besonders geeignet ist, die genaue Führung der Totenbeschauprotokolle zu kontrollieren und die Abstellung hierbei vorgefundener Mängel zu bewirken.

Sanitäres Grundbuch.

Um die Volksbewegungsnachweisungen für die Zwecke der Sanitätsverwaltung nutzbar zu machen, sind die Amtsärzte verpflichtet, aus diesen Nachweisungen für den eigenen Dienstgebrauch besondere, als „sanitäres Grundbuch“ dienende Vormerke zu führen, zu welchen bestimmte Formulare verwendet werden. Diese Vormerkungen haben die Gesamtzahl der Eheschliessungen, der Geborenen und Gestorbenen, die Totgeburten, die unehelich Geborenen, das Lebensalter der Verstorbenen nach Gruppen von Altersstufen, die für die Zwecke der Sanitätsverwaltung wichtigsten Todesursachen zu umfassen und überdies bei den Geburten die Zahl der Fälle, in denen geburtshilflicher Beistand eines Arztes oder einer geprüften Hebamme stattfand, bei den Todesarten aber die Zahl der Fälle, in denen die Todesursache ärztlich beglaubigt ist, ersichtlich zu machen. Die Eintragungen in das Grundbuch erfolgen für die politischen Gemeinden nach Gerichtsbezirken alphabetisch geordnet, wobei die Einwohnerzahlen der betreffenden Gemeinden, wie sie sich bei der letzten Volkszählung ergeben haben, beigefügt werden. Die Eintragung der Todesursachen erfolgen unter Angabe der betreffenden Ziffer des von dem obersten Sanitätsrate ausgearbeiteten Mortalitätsschema (25 Ziffern). Dieses Grundbuch mit den wichtigsten sanitäts-statistischen Nachweisungen ermöglicht den Amtsärzten der untersten Instanz jederzeit einen Einblick in die sanitären Verhältnisse ihres Bezirks und gewährt ihnen für ihre Aufgaben auf sanitätspolizeilichem Gebiete eine sichere Handhabe.

Die der politischen Behörde 1. Instanz zugegangenen statistischen Nachweisungen der Volksbewegung sind nach erfolgter Prüfung sofort in 2 Abschriften an die Landesbehörde abzugeben, welche daraus Landesübersichten herstellt, und zwar sowohl für die einzelnen Quartale, wie für das Jahr; in bestimmten Fristen sind diese Landesübersichten demnächst dem Ministerium des Innern vorzulegen.

Weitere statistische Nachweisungen über Geburten und Todesursachen sind von den Städten und Orten mit 15 000 Einwohnern und mehr wöchentlich an die k. k. statistische Zentralkommission einzureichen, wo eine Bearbeitung dieses Materials zwecks Veröffentlichung im „Oesterreichischen Sanitätswesen" stattfindet.

Die periodische Berichterstattung über die Verbreitung der Infektionskrankheiten ist gleichfalls zweckmässig geregelt. Die Sanitätspersonen und Haushaltungsvorstände sind gehalten, jeden zu ihrer Kenntnis gelangenden Fall einer Infektionskrankheit, und zwar von Blattern, Scharlach, Diphtherie, Typhus jeder Art, Cholera, Kindbettfieber, womöglich auch Masern und Keuchhusten der Gemeinde zu melden, die verpflichtet ist, sofort eine entsprechende Anzeige an die politische Bezirksbehörde zu erstatten, demnächst aber über den weiteren Verlauf der betreffenden Infektionskrankheit und die zu ihrer Tilgung getroffenen Massnahmen, insofern nicht kürzere Berichterstattung angeordnet worden ist, am Schlusse jeder Woche, welche mit dem Sonntag beginnt und mit dem Sonnabend endet, unter nomineller Angabe der von der letzten Woche krank gebliebenen, in der Berichtswoche Neuerkrankten, Genesenen und Verstorbenen und noch im Krankenstande Befindlichen, regelmässig zu berichten.

Auf Grund dieser wöchentlichen Nachweisungen der infektiösen Erkrankungen in den Gemeinden haben die politischen Bezirksbehörden der politischen Landesbehörde, unbeschadet der speziellen Berichterstattung über die einzelnen Epidemien, vierwöchentliche Uebersichten über die Verbreitung der Infektionskrankheiten, abgesondert für jede Krankheitsart vorzulegen. Die gleichen Nachweisungen sind in denselben Perioden von den Magistraten der Städte mit eigenem Statut an die politische Landesbehörde einzureichen. Bei letzterer sind auf Grund der eingegangenen Nachweisungen sofort Landesübersichten über die Verbreitung der einzelnen Infektionskrankheiten herzustellen und dem Ministerium des Innern am 6. bis 7. Tage der auf den Schluss der Berichtsperiode folgenden 2. Woche vorzulegen. Endlich sind zur Sicherung einer geregelten Ueberwachung der Vorgänge in den grösseren Krankenanstalten von den Direktionen aller öffentlichen und anderen Krankenanstalten von hervorragender Bedeutung Monatsberichte über die Krankenbewegung in jedem abgelaufenen Monate an die politischen Landesbehörden einzureichen, und zwar in 2 Exemplaren, von denen 1 sofort an das Ministerium des Innern weiterzugeben ist.



Jahres-Sanitätsberichte.

Was die von der politischen Bezirksbehörde an die Landesbehörde, und von dieser an das Ministerium des Innern zu erstattenden Jahres-Sanitätsberichte anbetrifft, so bestehen dieselben aus Teilberichten, welche mit tunlichster Beschleunigung in jenen Zeitperioden vorzulegen sind, in welchen sie nach ihrer Beschaffenheit zusammengestellt werden können, und aus einem Ergänzungsberichte, mit welchem die Reihe dieser Berichte abgeschlossen wird; letzterer ist der Landesbehörde in der Regel bis zum 31. März der Zentralinstanz bis zum 15. Mai des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres vorzulegen.

Die Teilberichte bestehen im wesentlichen aus tabellarischen Zusammenstellungen über das Sanitätspersonal, das Apothekenwesen, über Kranken-, Irren-, Gebär-, Findel- und Versorgungsanstalten, über Irrsinnige, Kretinen, Findlinge, Pflegekinder, Kinderasyle, Armeninstitute, Taubstummen- und Blindeninstitute, Impfinstitute und das öffentliche Impfgeschäft, Kurorte, sowie über die sanitätsstatistischen Nachweisungen des Berichtsjahres.

Der Ergänzungsbericht hat die bereits eingereichten Teilberichte nach Art eines Aktenverzeichnisses einfach zu registrieren, überdies die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung im allgemeinen und Epidemien im besonderen zu erörtern, ausserdem aber wichtige sanitäre Verhältnisse, für welche im allgemeinen Schema besondere Berichte nicht vorgeschrieben sind, zu berücksichtigen. Hierher gehören die Tätigkeit der Gemeinden auf dem ihnen zugewiesenen Gebiete der Sanitätspolizei, die Fortschritte und Erfolge der Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes, die Tätigkeit der Sanitäts-Kommissionen, die Fortschritte der Assanierungsaktien, die Wasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe, das Hebammenwesen, die Handhabung der Markt- und Lebensmittelpolizei, die Ueberwachung der Mineralwasser- und Materialwarenhandlungen, der Kurorte, Badeanstalten und Schwimmschulen, die hygienischen Verhältnisse der Schulen, die Sanitätspolizei in gewerblichen Betrieben, die Verhältnisse der Naturalverpflegungsstationen, die Totenbeschau und das Begräbniswesen.

Ausser den periodischen Berichten haben die unteren Behörden fallweise über das Auftreten von Infektionskrankheiten, über spezielle Vorkommnisse von sanitärer Bedeutung, über Veränderungen im Stande



des Sanitätspersonals und der Sanitätsanstalten etc. Berichte einzureichen.

Erfahrungen bei Handhabung des Gemeindesanitätsdienstes.

Die durch das Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870 ins Auge gefasste Angliederung eines Gemeindesanitätsdienstes an die Organisation des staatlichen Sanitätsdienstes, das einheitliche Zusammenwirken beider Faktoren und ihre gegenseitige Ergänzung und Ersetzung im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege hat sich im Laufe der Jahre leider noch nicht in dem Masse vollzogen, wie dies bei den vorzüglichen Ideen, welche den Gesetzgeber geleitet haben, zu erwarten gewesen wäre. Die Durchführung der Organisation des Gemeindesanitätsdienstes ist nicht nur von vornherein durch die Verschiedenartigkeit der Verhältnisse in den einzelnen Ländern Oesterreichs erschwert worden, sondern sie hat auch in ihrer Entwickelung fortgesetzt durch die Kompetenzkonflikte gelitten, welche sich aus der Abgrenzung des Wirkungskreises der politischen und der autonomen Organe ergeben haben; es sind ihr schliesslich auch Schwierigkeiten erwachsen infolge der fortschreitenden Belastung der Gemeinden mit Pflichten und Diensten wie mit ausserordentlichen Auslagen und Kosten, welche einerseits mit der Erfüllung der hygienischen Aufgaben, andererseits mit den durch die direkte Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten von Menschen und Tieren bedingten Anforderungen verbunden sind. Besonders in letzterer Beziehung berufen sich die Gemeinden darauf, dass die Lasten, welche der Gemeinde oder dem betroffenen Steuerträger aus den sanitätspolizeilichen Verrichtungen bei Bekämpfung von Epidemien aufgebürdet sind, von der Allgemeinheit, d. h. dem Staate getragen werden müssen. Aber auch die Gemeinde-Sanitätsorgane, die Gemeinde- bzw. Distriktsärzte selbst führen nicht nur Klagen darüber, dass sie durch die Pflichten, welche ihnen durch die dehnbaren Instruktionen auferlegt werden, in hohem Grade überbürdet sind, sondern dass auch die an sie gestellten Anforderungen mit der gänzlich unzulänglichen, meist nur das gesetzlich festgestellte Minimum betragenden Remuneration nicht in Einklang zu bringen sind. Es kommt hinzu, dass sich bei der diesen Aerzten zugewiesenen Aufgabe der ersten Feststellung einer ansteckenden Krankheit und der ersten Anordnung sanitätspolizeilicher Massregeln zwischen ihnen und den staatlichen Bezirksärzten Konflikte



und Kollisionen einzustellen pflegen, welche die Stellung und das Ansehen der Gemeinde- bzw. Distriktsärzte zu beeinträchtigen geeignet sind.

Mit Bezug auf den erwähnten Kompetenzkonflikt zwischen dem Amts- und dem Gemeindearzte ist übrigens durch Ministerial-Erlass vom 6. August 1903 auf die Unzulässigkeit hingewiesen worden, den Amtsarzt zur Feststellung einer ansteckenden Krankheit an Ort und Stelle zu entsenden, bevor das zur Intervention zunächst berufene Organ der Gemeinde in Aktion getreten wäre.

Dass trotz aller berechtigten Einwendungen und Klagen der in Vorstehendem geschilderte Gemeindesanitätsdienst für die Forderung der öffentlichen Gesundheitspflege in Oesterreich von weittragendster Bedeutung ist und bereits reiche Früchte getragen hat, wird überall anerkannt. Den besten Beweis dafür liefert einerseits die stetige Abnahme der Mortalitätsziffer, andererseits die fortschreitende Assanierung der Gemeinden selbst in denjenigen Ländern (z. B. Görz-Gradisca, Galizien, Dalmatien), deren Kulturzustand weit hinter demjenigen von Ländern wie Niederösterreich und Steiermark zurückgeblieben ist.

Der Gemeindesanitätsdienst in den Städten mit eigenem Statut, insbesondere in den Landeshauptstädten.

Während die Durchführung des Gemeindesanitätsdienstes in den ausgedehnten ländlichen Bezirken der Reichsländer noch mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und nur dort gleichmässige Fortschritte gemacht hat, wo die autonomen Landesverwaltungen sich in der günstigen Lage befinden, den leistungsunfähigeren Gemeinden einen erheblichen Teil der aus dieser Organisation erwachsenden Lasten abzunehmen, so hat doch der Gemeindesanitätsdienst in allen Städten mit eigenem Statut bereits eine Entwickelung erfahren, welche ebensowohl den Grundzügen des Reichssanitätsgesetzes, wie den heutigen Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege in hohem Masse Rechnung trägt.

An der Spitze der autonomen Stadtverwaltungen steht die Verwaltung der Stadt Wien, deren Gemeindesanitätsdienst durch Statut vom Jahre 1895 geregelt worden ist. Es geht zunächst daraus hervor, dass dem Sanitätsdienste ein ausserordentlich zahlreiches Beamtenpersonal zur Verfügung steht, dessen Tätigkeit den medizinal- und sanitätspolizeilichen, wie den hygienischen Bedürfnissen in voll-



kommenem Masse angepasst ist. Während den beamteten Aerzten des eigentlichen Stadtphysikats die Obliegenheiten eines begutachtenden Organes der Sanitätsabteilung des Magistrats auf allen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege, sowie die Oberaufsicht und Kontrolle auf medizinal- und sanitätspolizeilichem Gebiete zufallen, repräsentieren die städtischen Bezirksärzte, die Armen- und Totenschauärzte, die Anstaltsärzte und die Physikatsassistenten im wesentlichen die ausführenden Organe des Gemeindesanitätsdienstes. Die Physikatsassistenten sind dabei die Hilfsorgane, aus welchen sich alle Sanitätsorgane ausserhalb des Physikats rekrutieren.

Neben den 3 Physikern sind die Bezirksärzte die Sanitätsorgane der magistratischen Bezirksämter als politische Behörde 1. Instanz. Dem eigentlichen Stadtphysikate sind zur Unterstützung der 3 Physiker 1 Oberbezirksarzt und 3 Physikatsassistenten zugeteilt, welche letzteren bereits die Physikatsprüfung absolviert haben müssen. Den 25 Bezirksämtern steht je 1 Bezirksarzt zur Verfügung, welcher in dem ihm überwiesenen Rayon, einem Teile des Bezirks auch die Totenschau auszuüben hat; solcher beschauärztlicher Rayons gibt es 82, so dass also innerhalb des Bereichs eines Bezirksamtes neben dem Bezirksarzt noch 1 bis 2 städtische Aerzte als Totenbeschauer tätig sind. Die Zahl der städtischen Aerzte für Armenbehandlung und Totenbeschau hat in den letzten Jahren mindestens 64 betragen, entsprechend der Zahl der Armenärzte. Ausserdem versehen den ärztlichen Dienst in den 6 Versorgungsanstalten der Stadt Wien 12 Anstaltsärzte, welche gleichfalls in die Rangklasseneinteilung der städtischen Beamten einbezogen worden sind und zwar als Anstaltsärzte 1. und 2. Klasse, sowie als ärztliche Assistenten 1. und 2. Klasse. Den ärztlichen Dienst in den 8 städtischen Waisenhäusern, im städtischen Asyle für verlassene Kinder, im städtischen Asyl- und Werkhause und in der magistratischen Abteilung des Polizeigefangenenhauses versehen die städtischen Armenärzte.

Sanitätsdepartement der K. K. Polizeidirektion in Wien.

Ausser dem Gemeindesanitätsdienste der Stadt Wien im eigenen und im übertragenen Wirkungskreise besteht daselbst noch ein eigenes, sehr ausgedehntes Sanitätsdepartement bei der K. K. Polizeidirektion. Diesem Sanitätsdepartement gehören an: der Polizei-Chefarzt und ein ihm beigegebener Polizei-Assistenzarzt; ferner 2 Polizei-Bezirksärzte bei dem Polizeigefängnis, endlich die den Polizei-

Kommissariaten zugewiesenen Polizei-Bezirksärzte und Assistenzärzte. Jedes der 22 Kommissariate verfügt zurzeit über 2 Bezirksärzte und nach Bedarf über 1 bis 2 Assistenzärzte. Die Bezirksärzte fungieren gleichzeitig in ihrem Polizeibezirke als Gerichtsarzt. Der Dienst sämtlicher Amtsärzte der Polizeidirektion ist durch eine Instruktion geregelt.

Ein eigenes Sanitätsdepartement ist auch bei der K. K. Polizeidirektion in Prag eingerichtet, dessen Dienst im Jahre 1900 neu geregelt worden ist. — Es verfügt über den Chef (7. Rangklasse), 3 Polizeiärzte der 8. und 4 der 9. Rangklasse, ferner über 8 Sanitätsassistenten. Bezüglich der dienstlichen Funktionen sind diese Beamten gleichgestellt, jeder hat dieselbe Pflicht und dieselbe Verantwortlichkeit. Der Dienst ist im übrigen so eingeteilt, dass jedem Bezirke ein Arzt beigegeben ist, wobei immer 2 Bezirke zusammengestellt sind, um die gegenseitige Vertretung der Aerzte in Permanenz zu ermöglichen. Sämtliche Polizeiärzte sind mit Gehalt angestellt.

Aehnlich wie in Wien ist der Gemeindesanitätsdienst auch in den übrigen Landeshauptstädten, bzw. in den Städten mit eigenem Statute organisiert. Ueberall verfügt die eigentliche Gesundheitsbehörde, das Stadtphysikat über eine gewisse Selbständigkeit, andererseits aber auch über eine ausreichende Zahl ihm untergeordneter Sanitätsorgane, Bezirksärzte, Armenärzte und ärztliche Leichenbeschauer. Je nach der Bedeutung, örtlichen Ausdehnung und Einwohnerzahl ist besonders die Tätigkeit der Bezirksärzte eine verschiedene, indem sie sich in grösseren Städten mehr auf die Obliegenheiten medizinal- und sanitätspolizeilicher, sowie hygienischer Art, in mittleren Städten mehr auf das armenärztliche Gebiet beschränkt. Gegenüber den Verhältnissen in der Stadt Wien, wo bisher besondere Schulärzte nicht angestellt sind und die Schulhygiene auch nur in geringem Umfange zu den Aufgaben der Bezirksärzte gehört, spielt bei den Bezirksärzten in Graz der schulärztliche Dienst eine grosse Rolle, während dieselben an der Leichenbeschau nicht mitbeteiligt sind. Die Leichenbeschau hat schon seit langen Jahren in allen Gemeinden mit eigenem Statut eine grosse Bedeutung gewonnen und ist namentlich auch zu einer wichtigen Hilfsmassregel für die Ermittelung ansteckender Krankheiten geworden. Eine sehr eingehende, auch die Erhebung der sogenannten Personalien in weitgehendstem Masse berücksichtigende Instruktion besteht für die Leichenbeschau-Aerzte der Stadt Graz.

Bedeutung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens in Oesterreich gegenüber den entsprechenden Verhältnissen und Einrichtungen in Preussen.

a) Allgemeine Bemerkungen. Bei einem Vergleich der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens in Oesterreich mit derjenigen in Preussen sind von vornherein zwei wichtige Gesichtspunkte im Auge zu behalten:

1. Der Umstand, dass das Gesundheitswesen in Preussen zentralisiert ist und dass auf die Handhabung desselben die staatliche Verwaltung jederzeit den bedeutendsten Einfluss ausübt, unbeschadet der Mitwirkung, welche den Selbstverwaltungsorganen, der Gemeinde-, der Kreis- und Provinzial-Verwaltung zusteht, während in den österreichischen Ländern die autonome Verwaltung bis zu den Gemeinden herab sich von der Einwirkung der politischen Behörde in dem Masse zu emanzipieren in der Lage gewesen ist, als man auf diese Selbstverwaltungskörper wichtige bzw. die wichtigsten Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens übertragen hat.

2. Ist der Umstand in Betracht zu ziehen, dass das öffentliche Interesse in Preussen durch den Uebergang wichtiger Zweige desselben auf die Zuständigkeit des Deutschen Reichs eine ausserordentliche Förderung erfahren hat; es sei nur hingewiesen auf die Fortschritte, welche auf dem Gebiete der Gewerbehygiene und der Seuchenbekämpfung durch die Errichtung des Reichsgesundheitsamtes als technische beratende Behörde und als technisches zentrales Untersuchungsamt gewonnen worden und den deutschen Reichsländern zugute gekommen sind. Nachdem diese Zentralstelle durch die Schöpfung des Reichsgesundheitsrats, dieser aus den hervorragendsten deutschen Vertretern der Medizinalverwaltung, der Wissenschaft und Praxis zusammengesetzten Körperschaft noch vollkommener ausgebaut worden ist, verfügen die Einzelstaaten, insbesondere Preussen, neben den eigenen Fachkollegien über einen Beirat, mit welchem die entsprechenden Einrichtungen Oesterreichs, vor allem der Oberste Sanitätsrat, nicht in Vergleich gestellt werden kann. Letzteres Kollegium übt auf die einheitliche Gestaltung des Medizinalwesens in den im Reichsrate vertretenen Ländern Oesterreichs einen um so geringeren Einfluss aus, als es eines zentralen Untersuchungsamtes ermangelt, und als die Landeschefs über eigene Fachkollegien, die Landessanitätsräte, verfügen, deren Zusammensetzung und deren Beeinflussung durch die

autonome Landesverwaltung eine weitere Dezentralisierung auf dem Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens bedingt.

Man kann daher von beiden Gesichtspunkten aus weder die Medizinalverwaltung noch den eigentlichen Sanitätsdienst Oesterreichs als ein einheitliches Ganzes im Sinne der preussischen Einrichtungen ansehen und man wird für die Frage, inwieweit sich auf letztere die österreichischen Verhältnisse anwenden und übertragen lassen, aus der allgemeinen Organisation weniger Gewinn ziehen, als aus der Handhabung des öffentlichen Gesundheitswesens im einzelnen.

b) Die Bedeutung des Hilfspersonals für den amtsärztlichen Dienst. Was zunächst die Organisation der Medizinalbehörden bei den politischen Instanzen anbetrifft, so ist durch die Ausstattung aller Instanzen mit reichlichem Hilfspersonal der dienstlichen Ausbildung der unteren ärztlichen Amtsorgane weiter Spielraum gelassen. Von den Sanitätskonzipisten bis zu den Oberbezirksärzten finden die gut qualifizierten Beamten ausreichende Verwendung in sämtlichen Instanzen bis zum Sanitätsdepartement des Ministeriums hinauf. Für die unterste politische Behörde, die Bezirkshauptmannschaft, werden zur Unterstützung des Bezirksarztes nicht nur die Sanitätskonzipisten, die unseren Kreisassistenzärzten entsprechen, herangezogen, sondern vor allem auch die Dienstanwärter, die Sanitätsassistenten, d. h. noch nicht angestellte Aerzte, welche sich der Medizinalbeamtenlaufbahn zu widmen beabsichtigen, und dem Staate anfänglich ohne, späterhin gegen ein meist geringes Adjutum ihre Dienste zur Verfügung stellen. So kann schon für die unterste Beamtenstelle, die des Sanitätskonzipisten, brauchbares Personal ausgewählt werden. Da die Zahl der Sanitätskonzipisten nur $^1/_3$ der Zahl der Bezirksärzte beträgt, und erstere in den höheren Instanzen, besonders bei der Landesbehörde, vielfach Verwendung finden, so ist für die Vertretung der Bezirksärzte in den kleineren Bezirken wenigstens aus dem Stande der Dienstanwärter bzw. der Sanitätsassistenten jederzeit Sorge getragen. In die Stellung eines Bezirksarztes gelangen in der Regel nur Aerzte, welche als Anwärter oder Sanitätskonzipisten den bezirksärztlichen Dienst meist schon gründlich kennen gelernt haben.

Man kann die Vielgliederung des Medizinalbeamtenstandes mit seinen zahlreichen Rangklassen, denen gegenüber die Gehaltsabstufungen verhältnismässig geringe sind, als eine absonderliche Einrichtung ansehen, man kann sich aber der Tatsache nicht verschliessen, dass



diese Einrichtung für die Heranbildung des Sanitätspersonals und als Stimulus für dessen Fortschritt sich als eine zweckmässige und geeignete erwiesen hat. Soweit es sich um die Unterstützung der Kreisärzte, und zwar nach Bedarf dauernd oder nur vorübergehend, um deren ausreichende Vertretung in kurzen oder längeren Behinderungsfällen und um die gehörige Vorbereitung und Ausbildung für den kreisärztlichen Dienst handelt, so würde es notwendig sein, um in Preussen ähnlich günstige Verhältnisse zu schaffen, die Zahl der Kreisassistenzärzte, welche gegenwärtig zur Zahl der Kreisärzte im Verhältnis von nur 1 : 11 bis 12 steht, erheblich zu vermehren. Ebenso wünschenswert wäre es im Interesse eines sorgfältigen Vorbereitungsdienstes, wenn die Kreisassistenzärzte vorübergehend auch in der Regierungsinstanz beschäftigt würden, wie dies in Oesterreich mit den Sanitätskonzipisten der Fall ist.

c) Der Landessanitätsinspektor. Besonders bewährt hat sich das seit 1896 eingeführte Institut der Landessanitätsinspektoren, deren wesentlichster Dienst in der persönlichen Ueberwachung und Inspizierung der sanitären Verhältnisse innerhalb eines Landesgebietes bzw. in der Zentralinstanz innerhalb des ganzen Reichsgebietes besteht. Es ist hierdurch ein regelrechter Aussendienst garantiert, der in der mit Hilfspersonal äusserst spärlich bedachten Regierungsinstanz in Preussen von der jeweiligen Geschäftslage abhängig ist und sich oft genug nur auf die Erledigung der bereits gesetzlich vorgeschriebenen Revisionen beschränken muss. Die bei den grösseren Regierungen bereits getroffene Einrichtung von Hilfsarbeiterstellen würde sich nach der bezeichneten Richtung entwickeln und nach Bedarf auch auf kleinere Bezirke ausdehnen lassen, vorausgesetzt, dass dem eigentlichen Medizinalreferenten je nach dem Umfange der Geschäfte vorübergehend oder dauernd aus der Klasse der Kreisassistenzärzte die nötige Hilfskraft zur Verfügung gestellt wird. Es würde auf diese Weise den Bedürfnissen des Aussen- und Innendienstes bei der Regierungsinstanz gebührend Rechnung getragen, vor allem aber dem Medizinalreferenten, der heutzutage viel zu sehr mit formeller Schreibarbeit belastet ist, für seine weiteren und wichtigeren Aufgaben im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens der erforderliche Spielraum gewährt werden.

d) Der Landessanitätsrat. Welchen umfangreichen Wirkungskreis und welchen Einfluss auf die sanitären Obliegenheiten der Selbstverwaltung der dem Landeschef in Oesterreich als begut-

achtendes Organ beigegebene „Landessanitätsrat“ im Laufe der Zeit gewonnen hat, ist in vorstehendem bereits mehrfach angedeutet worden. Seine Tätigkeit erstreckt sich nicht nur auf die Bedürfnisse der politischen Behörde, sondern er ist das beratende und meist auch ausschlaggebende Organ für die Aufgaben der Landesverwaltung auf dem ganzen Gebiete der öffentlichen Wohlfahrtspflege, insbesondere auch des Gemeindesanitätsdienstes. Sein den Obliegenheiten des „Obersten Sanitätsrats“ gleichender Geschäftsbereich erinnert an den durch die Instruktion vom 23. Oktober 1817 bestimmten Wirkungskreis der preussischen Provinzial-Medizinalkollegien, deren Bedeutung für das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz inzwischen gänzlich geschwunden ist.

Wenn auch die Organisation der politischen Verwaltung in Preussen insofern von der österreichischen abweicht, als zwischen der untersten Instanz, dem Kreislandrat, dessen Stellung derjenigen des Bezirkshauptmanns in Oesterreich entspricht, und der politischen Instanz der Provinz, welche mit derjenigen der Statthalterei in Vergleich zu stellen ist, die Bezirksregierung eingeschoben ist, welche die eigentliche ausübende Aufsichtsinstanz auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens darstellt, so ist doch dem Oberpräsidenten nicht nur das Recht verblieben, mit Zustimmung des Provinzialrates gültige gesundheits- und medizinalpolizeiliche Vorschriften für die ganze Provinz oder mehrere Regierungsbezirke derselben oder für mehrere, verschiedenen Regierungsbezirken angehörende Kreise zu erlassen, sondern es steht ihm auch neben anderen Funktionen auf dem Gebiete des Apothekenwesens und der Standesorganisation von Aerzten und Apothekern die Aufsicht über die provinzialständischen Irren- und Wohlfahrtsanstalten zu. Mit Bezug auf alle diese Funktionen ermangelt jedoch der Oberpräsident eines fachtechnischen Beirates, wie solcher den österreichischen Statthaltereien und gleichzeitig den autonomen Landesverwaltungen in dem Landessanitätsrat zur Verfügung steht, ein Beirat, dem auch indirekt die Aufgabe zufällt, der Angliederung des Gemeindesanitätsdienstes an den politischen Sanitätsdienst Vorschub zu leisten. In Preussen bemüht sich heutzutage die provinzielle Selbstverwaltung mit Bezug auf den ihr auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zugewiesenen Wirkungskreis von der staatlichen Verwaltung möglichst zu emanzipieren, ohne dass sie, wie dies in Oesterreich der Fall ist, über einen von weiteren Gesichtspunkten ausgehenden, die Gesamtheit der der Selbstverwaltung ob-



liegenden Aufgaben beherrschenden fachlichen Beirat verfügt. Sollte nicht hier ein nach dem Muster des österreichischen Landessanitätsrates reorganisiertes Medizinalkollegium die auf beiden Seiten, bei der staatlichen wie bei der Selbstverwaltung bestehenden Lücken auszufüllen, die beiderseitigen dem Gemeindewohl gewidmeten Interessen zu assimilieren geeignet sein? — umsomehr, als die staatliche Verwaltung in Preussen nicht zu befürchten hat, dass in einem die beiderseitigen Interessen vertretenden Fachkollegium die Selbstverwaltung das Uebergewicht gewinnt.

e) Der städtische Amtsarzt und das Stadtphysikat. Die autonome Stellung der mit eigenem Gemeindestatut versehenen österreichischen Städte bringt es mit sich, dass mit Bezug auf die den Gemeinden im übertragenen Wirkungskreise obliegenden Aufgaben die ausschliessliche Anstellung städtischer Amtsärzte mit den Befugnissen der politischen Bezirksärzte zur Norm geworden ist, — abgesehen von den Städten Wien und Prag, wo die ortspolizeilichen Bedürfnisse die Schaffung besonderer K. K. Polizeiärzte notwendig gemacht haben. Diese Einrichtung im Interesse der Förderung der städtischen Gesundheitspflege gemäss § 3, Absatz 5 des Kreisarztgesetzes in vollem Umfange auf die preussischen Stadtkreise zu übertragen, dürfte eine Frage der Zukunft sein, deren Beantwortung von den Erfahrungen abhängig ist, welche man in den einzelnen Fällen machen wird, wo die Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten bereits durch Stadtärzte erfolgt. In den autonomen Städten Oesterreichs nehmen die Stadtphysikate innerhalb der Gemeindeverwaltung durchgängig eine hervorragende Stellung ein, und es entspricht ihre Tätigkeit jedenfalls vollauf den staatlichen wie den Gemeindeinteressen; sie entwickeln sich immer mehr zu lokalen Gesundheitsämtern, welche nicht nur die Zentralstelle für die medizinal- und sanitätspolizeilichen Aufgaben der Gemeinde, sondern auch den Mittelpunkt für die Bedürfnisse der gesamten Wohlfahrtspflege und selbst für die beruflichen Interessen der Aerzte bilden. Es wäre wohl zu wünschen, dass auch in den preussischen Stadtkreisen die Organisation des Gesundheitswesens einer Entwickelung in derselben Richtung zugängig gemacht würde; durch die blosse nebenamtliche Uebertragung von stadtsärztlichen Geschäften auf den Kreisarzt, wie dies in einigen Städten Preussens versucht wird, dürfte man allerdings schwerlich zu wesentlichen Fortschritten gelangen.

f) Der Gemeinde-Sanitätsdienst. Sowohl in den meisten nicht eigene Stadtkreise bildenden Städten Preussens wie in den Landgemeinden fehlt es bisher gänzlich an einer Organisation, welche derjenigen des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Oesterreich auch nur annähernd gleichkäme. Weder die Ortspolizei noch die Kommunalverwaltung verfügten über ein ständiges lokales Sanitätsorgan für hygienische, medizinal- und gesundheitspolizeiliche Fragen. Die sogenannten Kommunalärzte der kleineren, selbst der mittleren Stadt- und einiger grösserer Landgemeinden sind doch im wesentlichen nichts anderes als schlecht bezahlte Armenärzte, die höchstens noch als Krankenhausärzte fungieren und im besten Falle als Mitglieder der kommunalen Verwaltungskörper Gelegenheit finden, auf hygienischem Gebiete ein Wort mitzureden. Allerdings sind die Gesundheitskommissionen bestimmt, diese grosse Lücke auszufüllen und den Bedürfnissen der öffentlichen Gesundheitspflege in der Lokalinstanz durch Feststellung der Uebelstände sowie durch Anregung und Vorbereitung gesundheitlicher Massnahmen zu dienen; aber abgesehen davon, dass es noch mancher Jahre und einer wesentlich strafferen Handhabung des Gesetzes bedürfen wird, ehe die Gesundheitskommissionen den Voraussetzungen entsprechen werden, welche zu ihrer Einrichtung geführt haben, so bleiben sie doch immer komplizierte, schwerfällige Organe, deren Tätigkeit nicht für jeden Einzelfall in Frage kommen kann. Auch in Oesterreich sind für Gemeinden über 5 bis 6000 Einwohnern und für die aus Einzelgemeinden bestehenden Sanitätsgemeinden Gesundheitskommissionen vorgesehen, nichtsdestoweniger ist aber für den laufenden Sanitätsdienst auch in den kleinsten Gemeinden durch den Gemeinde- bzw. Distriktsarzt Sorge getragen. Der Umstand, dass in Preussen die Ortspolizei und die Kommunalverwaltung getrennte Ressorts sind, ändert an dem Bedürfnis nach einem lokalen Sanitätsorgan nichts, dürfte aber auch seine Einführung nicht erschweren. Für die meisten ländlichen und städtischen Gemeinden steht eigentlich nur der Kreisarzt, und zwar lediglich als Berater zur Verfügung, der regelmässig nur in längeren Zeitperioden, im übrigen doch nur gelegentlich seine Tätigkeit den örtlichen Interessen zu widmen in der Lage ist, soweit er als staatliches Organ überhaupt zu diesem Zwecke in Anspruch genommen wird. Wenn man erwägt, dass es in den ländlichen Kommunal- und Polizeibezirken meist selbst eines Armenarztes ermangelt, dass die Handhabung der kommunalen



und ortspolizeilichen Obliegenheiten und Befugnisse auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens von dem guten Willen und dem Verständnisse jedes ersten besten Arztes abhängig ist, sogar unter Umständen durch ärztliche Konkurrenzverhältnisse beeinflusst wird, dann dürfte die die weitgehendsten Bedürfnisse berücksichtigende Regelung des Gemeinde-Sanitätsdienstes in Oesterreich trotz mancher in dem dortigen Volkstum, den Verwaltungseigentümlichkeiten, vielleicht auch in unzureichender staatlicher Aufsicht begründeten Misshelligkeiten, welche sich bei Ausübung dieses Dienstes herausgestellt haben, doch immerhin in einem glänzenden Lichte erscheinen. Man darf allerdings nicht vergessen, dass diese Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes ihren Stützpunkt bei der autonomen Landesverwaltung findet, die den finanziell schwachen Sanitätsgemeinden die Unterhaltung des Gemeinde- bzw. Distriktsarztes ermöglicht. Bei der gänzlich anders gestalteten Landesverwaltungs- und Kommunalgesetzgebung in Preussen würde sich ohne Schaffung einer neuen gesetzlichen Grundlage ein eigentlicher Gemeinde-Sanitätsdienst nur auf dem Wege freiwilliger Einrichtung seitens der Kommunen oder Kommunalverbände, event. in den Landgemeinden durch Bildung von Zweckverbänden, ins Leben rufen lassen. Dass eine derartige Einrichtung bei verständigem Zusammenwirken des staatlichen Sanitätsorganes mit den Gemeinde-Sanitätsorganen auch für die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten von grosser Bedeutung wäre, bedarf keiner weiteren Erörterung.

g) Die obligatorische Totenbeschau. Einen wesentlichen Vorsprung auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens haben die Länder Oesterreichs auch durch die obligatorische Durchführung der Totenbeschau gewonnen. Auch dieser Massregel konnte nur durch engste Anlehnung an die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes Folge gegeben werden. Abgesehen von ihrer kriminalistischen Bedeutung ist ihr noch ein erheblicherer Wert mit Bezug auf die rechtzeitige Ermittelung ansteckender Krankheiten und die Beschaffung eines verlässlichen Materials für die Sterblichkeitsstatistik beizumessen. Besonders in ersterer Beziehung ist die Totenbeschau für die ländlichen Gemeinden ein wichtiges Glied in der Kette derjenigen Massregeln, welche der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten dienen sollen, um so wichtiger, als sie in der Regel zu den Obliegenheiten der Gemeindeärzte gehört, die an und für sich schon auf diesem Gebiete als die zuverlässigsten Hilfsorgane der staatlichen Sanitätsverwaltung berufen sind.



Es ist nicht zu verstehen, dass in Preussen trotz dieser offenkundigen Vorteile der Leichenschau ihrer Einführung immer noch so starrer Widerstand entgegengesetzt wird, namentlich aus den ländlichen Kreisen heraus, die doch heutigen Tages nicht mehr derartig von Aerzten entblösst sind, um einen geregelten ärztlichen Leichenbeschaudienst überall durchführen zu können. Sollte man damit nicht wenigstens in den Landstädten, die doch in der Regel über einen Armen- oder Krankenhausarzt verfügen, ohne erhebliche finanzielle Belastung der Gemeinde vorgehen können, sei es auch schliesslich unter Erhebung einer Leichenschaugebühr, sofern die finanzielle Lage der Gemeinde dies erfordern würde. Auch in Oesterreich bildet vielfach diese Gebühr einen Teil des Fonds, aus welchem die Gemeindeärzte entlohnt werden und der sich im übrigen aus dem Armenfonds, den Taxen und Gebühren für die Benutzung dem Gemeinwohl gewidmeter Anstalten und Einrichtungen zusammensetzt. Sollte nicht endlich die Kreiskommunalverwaltung durch einheitliche Regelung der Angelegenheit innerhalb des Bereichs ihrer Gemeinden an die Erfüllung dieser wichtigen sanitären Aufgaben herantreten können, event. unter Heranziehung ihrer meist recht zahlreichen, über den ganzen Kreis verteilten Impfärzte, deren Remuneration aus den zu erhebenden Leichenschaugebühren zu vervollständigen wäre? Es erwüchse hieraus vielleicht der Anlass zur späteren Anstellung von Gemeindeärzten, die als Armenärzte, Krankenhaus- und Krankenkassenärzte, Impfärzte und Totenbeschauer, wie dies meist in den Sanitätsgemeinden Oesterreichs der Fall ist, eine vielseitige und sicher fundierte Stellung fänden, welche sie mit den Interessen ihres Wirkungskreises eng verbinden würde. Die soziale Gesetzgebung hat auf dem Gebiete der Krankenkassen- und Unfallversicherung die ärztliche Hilfe bis in die ärmsten Gemeinden hineingetragen und die Sesshaftigkeit der Landärzte gefördert; es kann unter diesen günstigen Verhältnissen nicht mehr schwierig sein, auch das für die obligatorische Leichenschau erforderliche ärztliche Personal ohne Aufwendung erheblicher Mittel heranzuziehen und auf diese Weise eine Lücke auszufüllen, welche mit den sonstigen Fortschritten des öffentlichen Gesundheitswesens in Preussen geradezu im Widerspruche steht.

h) Das „sanitäre Grundbuch" bei den amtsärztlichen Stellen 1. Instanz. Bei der Schilderung der Gewinnung des statistischen Materials über die Volksbewegung und die Todesursachen ist bereits darauf hingewiesen worden, dass die der politischen Behörde



1. Instanz zugehenden Volksbewegungsnachweisungen einschliesslich der Berichte der Totenbeschauer nach erfolgter Prüfung und Bearbeitung an dieser Stelle und vor weiterer Abgabe an die höhere Instanz von den Bezirksärzten zur Anlegung und Fortführung eines sogenannten sanitären Grundbuches verwendet werden müssen. Dass diese Einrichtung dem Amtsarzte für die ständige Beobachtung und Beurteilung der sanitären Verhältnisse seines Bezirks von grossem Nutzen ist, steht ausser Zweifel; an der Hand dieses Grundbuches ist er jederzeit in der Lage, auffallenden Gestaltungen und Schwankungen der Morbidität in allen Teilen seines Bezirks nachzugehen, sich über ihr Verhältnis zu den klimatischen Faktoren, den einzelnen Berufsarten und Volksklassen, den Lebensbedingungen und Eigentümlichkeiten der Bevölkerung zu informieren, kurz, alle Bedingungen ausfindig zu machen, welche auf die Sterblichkeit von irgend welchem Einflusse sein können. Es handelt sich hierbei also nicht um die Anhäufung eines toten Materials, sondern um die Beschaffung der objektiven Grundlagen für eine amtsärztliche Tätigkeit, deren Bedeutung den sonstigen Aufgaben des Amtsarztes mindestens gleichkommt.

Mit Ausnahme der Fälle, wo in grösseren Städten statistische Aemter bestehen, welche den Kreisärzten jederzeit zugängig sind, bleibt diesem Beamten in Preussen eine regelmässige Einsicht in das statistische Material über die Volksbewegung und die Todesursachen verschlossen; es ist dem Verständnisse des einzelnen Kreisarztes für den grossen Wert dieses Materials überlassen, sich dasselbe aus dem Königlichen statistischen Bureau auf eigene Kosten zu verschaffen und es den jeweiligen Zwecken entsprechend zu verwenden. Eine Verwertung dieses Materials im Sinne der Anlegung eines sanitären Grundbuches dürfte wohl nirgends stattfinden.

Es muss dahingestellt bleiben, in welcher Weise sich für die preussischen Kreisarztstellen eine gleiche Einrichtung treffen lassen würde, die doch im wesentlichen davon abhängig ist, dass denselben das statistische Material der Standesämter regelmässig zur Verfügung gestellt wird, sei es unmittelbar, sei es durch Vermittelung der Regierungsinstanz; vorzuziehen wäre letzterer Weg, weil alsdann hier bereits eine formularmässige Bearbeitung des Materials nach bestimmten Gesichtspunkten für die einzelnen Kreise des Bezirks stattfinden könnte, eine Arbeit, mit welcher event. ein Kreisassistenzarzt zu beauftragen wäre, für dessen Ausbildung auf diesem Gebiete sonst wohl

niemals Gelegenheit geboten ist. Weder die vom Reichsgesundheitsamte noch vom Königlichen statistischen Bureau eingehenden statistischen Mitteilungen, welche überdies sehr spät zur Verfügung stehen, berücksichtigen die lokalen Verhältnisse des einzelnen Kreises und seiner Gemeinden in dem Umfange, wie dies sowohl für die erste wie für die zweite Medizinalinstanz erwünscht ist. Je früher das Material gewonnen, verarbeitet und für die sanitären Aufgaben der Medizinalverwaltung verwertet werden kann, um so reichere Früchte wird diese Arbeit tragen.

B. Die Seuchenbekämpfung in Oesterreich.

Allgemeine Vorkehrungen.

Die Vorkehrungen gegen ansteckende Krankheiten gehören, soweit es sich um die Handhabung der darüber bestehenden Gesetze und die Leitung des Impfwesens handelt, zur Kompetenz der Staatsverwaltung, mit Bezug auf ihre örtliche Durchführung zu den Aufgaben der Gemeinde im selbständigen und im übertragenen Wirkungskreise. Diese Vorkehrungen bestehen in den prophylaktischen Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten überhaupt, in den Massnahmen gegen Einschleppung derselben vom Auslande und die Weiterverbreitung im Inlande, in den Massregeln beim Auftreten von Infektionskrankheiten, in den individuellen Schutzmitteln und den besonderen Massregeln gegen einzelne dieser Krankheiten. Mit Bezug auf alle solche Massnahmen ist eine eigentliche reichsgesetzliche Regelung der Seuchenbekämpfung in Oesterreich nicht eingetreten, sondern es haben überall an der Hand ministerieller Anregungen und Anweisungen die politischen Landesbehörden besondere Vorschriften erlassen. Was die prophylaktischen Vorkehrungen anbetrifft, so haben die Landesvorschriften von jeher auf die Hintanhaltung und Beseitigung aller sanitären Missstände hingewirkt, welche nach den Lehren der Wissenschaft und Erfahrung die Entwickelung oder Fortpflanzung der Krankheitskeime fördern. Zur Regelung der Kompetenzgrenzen auf diesem Gebiete bestimmt der Ministerialerlass vom 15. September 1893, dass zwar die Mehrzahl solcher Massnahmen an und für sich und unter normalen Verhältnissen, sofern der Fall einer Epidemiegefahr noch nicht vorliegt, als gesundheitspolizeiliche Obliegenheiten zum selbständigen Wirkungskreise der Gemeinde gehören, dass es aber beim Eintreten einer Epidemiegefahr, z. B. der Choleragefahr, in erster

Reihe die Aufgabe der Staatsverwaltung ist, die notwendigen Verfügungen zu treffen und für den exakten Vollzug zu sorgen. Die Assanierung der Ortschaften hat in Oesterreich schon mit Rücksicht auf die Verschiedenartigkeit des kulturellen Zustandes der einzelnen Länder mit mehr und weniger grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und im wesentlichen nur auf dem Gebiete der Wasserversorgung bereits allgemeine Fortschritte zu verzeichnen. Die Vorkehrungen gegen Einschleppung von Infektionskrankheiten aus dem Auslande haben erst anlässlich der Choleraepidemie im Jahre 1893 eine allgemeine Regelung erfahren, indem seit dieser Zeit die von der internationalen Sanitätskonferenz in Dresden vereinbarten Bestimmungen zur Durchführung gelangen. Hierzu kommen auch die weiter unten zu erörternden Massnahmen der Seesanität, ferner die Vorkehrungen für den Eisenbahn- und den Binnenschiffahrtsverkehr von den Grenzstationen aus. Auf allen Eisenbahnlinien sind Stationen zur Abgabe von Kranken bestimmt, an welchen ein für die Absonderung der Infektionskranken eingerichtetes Isolierhaus, Epidemiespital oder Infektionsabteilung des Krankenhauses, ferner die Krankentransportmittel, ärztliche Hilfe und Desinfektionsmittel zur Verfügung stehen. Dasselbe gilt von den Anlandungs-, Krankenausschiffungs- und Schiffsrevisionsstationen an den Binnengewässern. An den Anlandungsstationen dürfen nur Personen von unverdächtigen Fahrzeugen ausgeschifft werden; die Krankenausschiffungsstationen sind ebenso wie die Abgabestationen von den Eisenbahnlinien mit allen zur Isolierung und ärztlichen Behandlung erkrankter Schiffspersonen erforderlichen Hilfsmitteln versehen; endlich findet in denjenigen Ausschiffungsstationen, welche ein längeres Verweilen der Fahrzeuge zum Zwecke sanitätspolizeilicher Behandlung ermöglichen, die sanitäre Revision des ganzen Schiffes bzw. seiner Besatzung, der Effekten und Waren statt.

Anzeigepflicht.

Von den Vorkehrungen beim Auftreten von Infektionskrankheiten kommt zunächst die Anzeigepflicht in Betracht, welche gleichfalls nicht für das ganze Reichsgebiet gleichmässig verbindlich ist, deren Regelung daher in den einzelnen Verwaltungsgebieten etwas voneinander abweicht. Allen Landesvorschriften gemeinsam ist die ministerielle Anweisung vom 13. Dezember 1888 zu Grunde gelegt, wonach die Anzeige beim ersten Auftreten jeder Infektionskrankheit und besonders schon von dem ersten Erkrankungsfalle an Blattern,

Scharlach, Diphtheritis, Typhus jeder Art, Ruhr, Cholera, Kindbettfieber, womöglich auch von Masern und Keuchhusten erfolgen soll. Dagegen sind in dem mittels Erlasses des Ministeriums des Innern vom 9. April 1892 den politischen Landesbehörden mitgeteilten Anzeigeformulare als anzeigepflichtige Infektionskrankheiten angeführt: Blattern (Variola), Schafblattern (Varicella), Scharlach, Flecktyphus, Croup und Diphtherie, asiatische Cholera und choleraverdächtige Fälle, Abdominaltyphus, Rückfalltyphus, Cerebrospinal-Meningitis, Puerperalfieber, Milzbrand, Rotz, Wutkrankheit, Masern, Keuchhusten, Influenza, Trachom und Augenblennorrhoe; späterhin kam noch Schweissfieber (Miliaria) hinzu. Nichtsdestoweniger gelten zwar in den grossen Städten alle, in den einzelnen Ländern jedoch nur die wichtigsten Infektionskrankheiten als anzeigepflichtig. Zur Erstattung der Anzeige sind verpflichtet: alle mit der Behandlung der Infektionskrankheiten betrauten Aerzte, die Gemeindeärzte, welche in ihrem Dienstbereiche, die Seelsorger, Hebammen und Totenbeschauer, welche bei Ausübung ihres Berufes von einer solchen Erkrankung Kenntnis erlangen, Familien- und Haushaltungsvorstände; es beruht diese Verpflichtung teils auf allgemeinen Vorschriften der politischen Landesbehörden, teils auf den Anordnungen, betreffend die Handhabung des Gemeindesanitätsdienstes.

Die Anzeige ist an das zuständige Gemeindeamt zu erstatten, welches die Meldung sofort oder in den wöchentlichen Ausweisen der politischen Behörde (Bezirkshauptmannschaft) vorlegt oder darüber berichtet. Ausnahmsweise pflegen Aerzte auf dem Lande die Anzeige direkt an die politische Behörde zu richten, ein Verfahren, welches meist zu den schon früher erwähnten Konflikten zwischen den Bezirks- und den Gemeindeärzten zu führen pflegt. Die Anzeigen erfolgen auf Formularen, welche in den einzelnen Ländern voneinander abweichen; das von dem Ministerium des Innern allen politischen Landesbehörden im Jahre 1892 mitgeteilte einheitliche Formular ist noch nicht überall eingeführt. Es besteht für diese Anzeigen Portofreiheit, jedoch nur ausserhalb des Stadtpostverkehrs. Von der Bezirksbehörde werden die Anzeigen oder die Nachweisungen der Gemeindeämter an die Landesbehörde mitgeteilt, welche ihrerseits Uebersichten über den Stand der Infektionskrankheiten in 4 wöchentlichen Zwischenräumen an das Ministerium des Innern einsenden, das die Summarnachweisungen in einer Reichsübersicht veröffentlicht.

Jeder zur Anzeige gelangte Fall ist zunächst von dem Gemeindearzte bezüglich der näheren Umstände zu ermitteln, eventuell bezüg-



lich der Diagnose sicherzustellen; gleichzeitig sind die erforderlichen Massnahmen in Vorschlag zu bringen. Sobald die politische Behörde von dem Auftreten einer Infektionskrankheit durch die Gemeinden oder einen Arzt Kenntnis erhält, entsendet sie, wenn die Krankheit als solche, z. B. Cholera, Blattern, Typhus, oder nach der Art ihres Auftretens oder nach den sonstigen Umständen es geboten erscheinen lässt, den Amtsarzt zwecks weiterer Ermittelung der Krankheit, Prüfung, Ergänzung und Ueberwachung der zur Tilgung der Krankheit getroffenen Massnahmen. Der Amtsarzt ist in dringenden Fällen berechtigt, selbst unmittelbar einzuschreiten und die erforderlichen Anordnungen zu treffen, worüber derselbe jedoch behufs nachträglicher Genehmigung an seine Behörde zu berichten hat. Liegt die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit über den Bezirk hinaus vor, so sind die benachbarten Bezirksbehörden, im übrigen auch die in Frage kommenden Militärbehörden zu benachrichtigen; dasselbe gilt an den Auslandsgrenzen bezüglich der Behörden des Nachbarstaates. Um der Verbreitung einer ansteckenden Krankheit durch den Verkehr vorzubeugen, ist die Abreise von Personen aus Haushaltungen, in denen zur Zeit der Abreise Infektionskrankheiten vorkamen oder erst kurz vorher abgelaufen sind, stets rechtzeitig dem Gemeindevorstande und der vorgesetzten Bezirkshauptmannschaft unter Angabe des Reiseziels anzuzeigen, damit die Gemeinde und die politische Behörde, in deren Gebiet sich diese Personen begeben, sofort in Kenntnis gesetzt werden können; derartige Anzeigen müssen auch erfolgen, sobald eine ansteckende Krankheit in einem Konvikte, Internate oder in ähnlichen Instituten aufgetreten ist und es im sanitätspolizeilichen Interesse behufs rascher Tilgung notwendig erscheint, dass die gesunden Zöglinge solcher Anstalt nach Hause entlassen werden.

Absonderung.

Als weitere Bekämpfungsmassregel, auf welche die staatliche Verwaltung in Oesterreich besonderes Gewicht legt, und die seit den Cholerajahren 1892/93 eine anerkennenswerte Förderung erfahren hat, kommt die Absonderung der Kranken in Epidemiespitälern, Infektionsabteilungen von Krankenanstalten und in besonders zu diesem Zwecke beschafften, bzw. zu beschaffenden Baracken in Betracht. Zur Unterbringung und Behandlung von Infektionskranken, welche in ihrer eigenen Wohnung nicht abgesondert werden können und der infektionskranken Fremden, muss jede Gemeinde über ein zweckentsprechendes

Lokal verfügen, über dessen Eignung die politische Behörde entscheidet. Diese Verpflichtung geht aus den Bestimmungen des Reichssanitätsgesetzes vom 30. April 1870 hervor und ist auch durch mehrere Erkenntnisse des K. K. Verwaltungsgerichtshofes bestätigt, wonach einer Gemeinde vermöge der ihr im übertragenen Wirkungskreise obliegenden Verpflichtung zur Durchführung der örtlichen Vorkehrungen behufs Verhütung ansteckender Krankheiten sogar die Schaffung eines eigenen Spitales zur Unterbringung der von einer Epidemie Ergriffenen angehalten werden kann. Die politischen Landesbehörden haben durch die Landesausschüsse und die politischen Bezirksbehörden darauf hinzuwirken, dass jedes Krankenhaus, insbesondere jede öffentliche Krankenanstalt für unvorhergesehene Fälle ein oder mehrere zerlegbare transportable Baracken zur Verfügung habe, nicht nur für eigenen Bedarf, sondern auch zur leihweisen Ueberlassung an benachbarte Gemeinden für den Fall des Ausbruchs einer Infektionskrankheit. Da ferner nach dem Heimatsgesetze jede Gemeinde verpflichtet ist, für in ihrem Gebiete erkrankte Angehörige anderer Gemeinden ebenso zu sorgen, wie für die eigenen Gemeindemitglieder, so hat man in den meisten Ländern, um den Rückersatz der Kosten zu sichern und dadurch der vorzeitigen Abschiebung von Infektionskranken vorzubeugen, den Epidemiespitälern das Oeffentlichkeitsrecht verliehen, wonach zunächst die Landesfonds für den Verpflegungskostenersatz haften. Dieses Oeffentlichkeitsrecht geniessen auch die für die Aufnahme von Infektionskranken bestimmten Abteilungen und Adnexe öffentlicher Krankenanstalten. Eine zwangsweise Unterbringung Infektionskranker in Epidemiespitälern ist gesetzlich nicht ohne weiteres zulässig.

Hilfsaktion durch das Rote Kreuz.

Eine ausserordentliche Unterbringung wird den Gemeinden bei Epidemienotständen in Friedenszeiten durch eine organisierte Mitwirkung der Oesterreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz zuteil. Nach der im Jahre 1901 zwischen der Bundesleitung und dem Ministerium des Innern getroffenen Vereinbarung werden von dem Roten Kreuze an verschiedenen Punkten des Reichs Depots von transportablen Baracken errichtet, welche vollkommen ausgerüstet sind; auf diesen Depots sind auch transportable Dampfdesinfektionsapparate und leicht bewegliche Transportmittel eingestellt, und es hat sich die Bundesleitung verpflichtet, auch das zur Bedienung dieser



Einrichtung und zur Aufstellung der Baracken erforderliche geübte Dienstpersonal, sowie geschulte Krankenschwestern bereit zu halten. Die gesamten daraus erwachsenden Kosten trägt die Bundesleitung unter der Bedingung einer entsprechenden Beitragsleistung aus den Mitteln der Staatsverwaltung; letztere hat ausserdem für die durch den Betrieb und die Unterhaltung der Baracken bedingten Kosten aufzukommen. Für den Fall der Mobilmachung des Heeres behält sich die Bundesleitung allerdings die unbeschränkte Verfügung über die Depots vor, wovon jedoch das Ministerium rechtzeitig in Kenntnis gesetzt wird und wobei das Bedürfnis der Sanitätsverwaltung nach Lage der Verhältnisse berücksichtigt werden soll. Durch die Zuweisung von Subventionen für Anschaffung von Baracken an die Bundesleitung seitens der Staatsverwaltung, ist die Frage der teilweisen Deckung der dem Roten Kreuze aus dem Hilfsdienste erwachsenden Auslagen in befriedigender Weise gelöst. Gleich im 1. Jahre der Vereinbarung waren ausser einem Zentral-Notstands-Depot in Wien weitere Depots in Prag für Böhmen, in Lemberg für Galizien und die Bukowina, in Troppau für Schlesien, in Pola für das Küstenland und Dalmatien, sowie Innsbruck für Tirol und Voralberg in Aussicht genommen.

Epidemieverfahren.

Eine eigenartige Einrichtung hat die Sanitätsgesetzgebung Oesterreichs in dem sogenannten Epidemieverfahren für den Fall vorgesehen, dass die von der Gemeinde bzw. von der politischen Behörde 1. Instanz getroffenen Anordnungen die Weiterverbreitung einer ansteckenden Krankheit nicht haben verhüten können. Die Erklärung der Infektionskrankheit als Epidemie bzw. die Einleitung des genannten Verfahrens steht der Landesbehörde zu. Dasselbe umfasst die Anordnung und Handhabung ausgedehnter allgemeiner, eventuell mit gewissen Beschränkungen des Verkehrs verbundener Vorkehrungen, Schliessung der Schulen durch die staatliche Behörde, die Anstellung von Epidemieärzten und die Uebernahme der hieraus, sowie durch die unentgeltliche Verabreichung von Arzneien erwachsenden Kosten ganz oder teilweise auf den Staatsschatz. Zunächst erfolgt die öffentliche Bekanntmachung aller der zur Abwendung der Epidemie erforderlichen Massnahmen, eine Belehrung der Bevölkerung über die bestehende Gefahr und die Verpflichtung der Gemeinde zur Beseitigung aller Missstände, welche die Ausbreitung der Krankheit verursachen oder



begünstigen; endlich die ausdrückliche Verpflichtung zur Anzeige jedes Erkrankungs- oder Verdachtsfalles der betreffenden Krankheit unter Strafandrohung für die Unterlassung dieser Anzeige. Die Massregeln zur Isolierung der Kranken, Beschaffung und Instandsetzung der hierzu erforderlichen Lokalitäten, Einrichtungen von Notspitälern, Evakuierung der Kranken aus ungesunden Wohnungen und zur Durchführung des Desinfektionsverfahrens usw. werden besonders streng gehandhabt. Weitere Massnahmen sind die Einsetzung besonderer Sanitätskommissionen für solche Gemeinden, die noch einer Gesundheitskommission ermangeln, und in Fällen, wo die Tätigkeit des Gemeindearztes, der alsdann in den Dienst der politischen Behörde vorübergehend eingestellt wird, nicht ausreicht, wo ein solcher überhaupt nicht vorhanden ist, oder wo besondere Umstände die Bekämpfung der Epidemie erschweren, die Anstellung eines oder mehrerer Epidemieärzte, welche sämtliche Kranke des Epidemiegebietes regelmässig zu besuchen, die ärztlichen Anordnungen in kurativer, prophylaktischer und sanitätspolizeilicher Beziehung zu treffen und sich von der Durchführung der getroffenen Anordnungen selbst Ueberzeugung zu verschaffen haben. Dem Epidemiearzt liegt auch die regelmässige Berichterstattung an die politische Behörde über den Stand und den Verlauf der Epidemie und über alle darauf bezüglichen wichtigen Verhältnisse ob. Die Ueberwachung der im Epidemieverfahren angeordneten Massnahmen erfolgt durch die politische Behörde und deren Organ, den Amtsarzt.

Je schneller und sorgfältiger bei der Ermittelung und Bekämpfung der ersten Fälle einer ansteckenden Krankheit im Laufe der Zeit vorgegangen worden ist, um so seltener ist die Einleitung des Epidemieverfahrens notwendig geworden; selbstverständlich hat auch die fortschreitende Assanierung der Ortschaften der epidemischen Verbreitung der Krankheiten entgegengewirkt und ausserordentliche Massnahmen nicht mehr in dem Umfange, wie in früherer Zeit, erforderlich gemacht.

Desinfektionswesen.

Das Desinfektionswesen in den österreichischen Ländern hat eine den neueren wissenschaftlichen Forschungen entsprechende Regelung und Entwickelung im wesentlichen erst durch die mittels Erlasses des Ministers des Innern vom 16. August 1887 den politischen Landesbehörden gegebene Anleitung zum Desinfektionsverfahren bei an-



steckenden Krankheiten erfahren. Diese Anleitung berücksichtigt bereits als Desinfektionsmittel das Verbrennen, den strömenden überhitzten Wasserdampf, die 5 proz. Karbolsäurelösung, die Sublimatlösung, den Chlorkalk, das Brom, die Schmierseife und den Aetzkalk; über das zur Ausführung der Desinfektionen erforderliche Personal erwähnt sie nichts. In den folgenden Jahren wurde die Beschaffung von transportablen und stabilen Dampfdesinfektionsapparaten den Gemeinden dringend empfohlen und jährliche Nachweisungen des Standes der Desinfektionseinrichtungen eingefordert. Eine Ergänzung wurde dem Desinfektionsverfahren im Jahre 1893 durch die vom Obersten Sanitätsrat ausgearbeitete Anleitung zur Desinfektion während einer Cholera-Epidemie zuteil, welche als neuere Desinfektionsmittel neben der Karbolsäure das Lysol und Kreolin-Pearson zulässt.

Die mangelhaften Einrichtungen der Gemeinden zur Abwehr und Bekämpfung ansteckender Krankheiten gaben anfangs 1903 der Statthalterei im Küstenlande Veranlassung, das Institut der Sanitätswächter für die Gemeinden einzuführen, deren Tätigkeit die prompte Isolierung der Erkrankten, die sorgfältige Kontrolle der Reinhaltung der infizierten Behausung und deren Umgebung, sowie die genaue Ausführung der Desinfektionen umfasst. Die Sanitätswächter, zu deren Unterstützung bei letzterem Dienste die Totenbeschauer herangezogen werden, unterstehen zunächst der Kontrolle der Gemeindeärzte, demnächst der Amtsärzte bei den Bezirkshauptmannschaften; ihre Gesamttätigkeit ist durch eine Instruktion geregelt. Bestimmungen über Ort und Art der Ausbildung geeigneter Personen zu Sanitätswächtern waren von vornherein nicht getroffen worden. Erst im Laufe des Jahres 1893 erfolgte durch die Zentralinstanz eine Anweisung an sämtliche Landesbehörden zur Ausbildung und Aufnahme geschulter Desinfektionsdiener und Krankenwärter für Krankenanstalten und Gemeinden, wodurch die Landesausschüsse veranlasst wurden in den grösseren Spitälern durch Aerzte Kurse über Krankenwartung und Desinfektion abhalten zu lassen; die Kurse sollten auch geeigneten freiwilligen Hilfskräften, besonders früheren Sanitätsmannschaften der Armee zugängig gemacht werden und es wurde gleichermassen auf die Mitwirkung der Rettungsgesellschaften bei Heranziehung eines Nachwuchses an geschultem Hilfspersonal gerechnet. Diese Art der Ausbildung von Desinfektionsdienern ist im wesentlichen auch noch heute massgebend, nur dass im Laufe der Zeit sich auch die Amtsärzte in grösserem Umfange mit dieser Aufgabe befasst haben, je



nach den in den einzelnen Bezirken sich geltend machenden Bedürfnissen. Zur Errichtung von Desinfektorenschulen ist es in Oesterreich noch nicht gekommen; eine einheitliche Ausbildung in der Desinfektionslehre geniessen wohl nur die Desinfektionsdiener in solchen grösseren Städten, welche über Desinfektionsanstalten verfügen, und die mit der Durchführung der Desinfektionen betrauten Sanitätsaufseher der Stadt Wien.

Die Errichtung von zentralen Desinfektionsanstalten hat in Oesterreich bisher sehr geringe Fortschritte gemacht. Man hat sich bisher meist auf die Aufstellung von Dampfdesinfektionsapparaten in den öffentlichen Krankenanstalten und transportabler Apparate in den Gemeindebezirken beschränkt. Nur in der Stadt Wien ist dieser Aufgabe des Gemeindesanitätsdienstes seit 1898 elne fortschreitende Entwickelung zuteil geworden. Abgesehen von den in den Gemeindebezirken aufgestellten, von ein oder mehreren Bezirken benutzten Dampfdesinfektionsapparaten und Verbrennungsöfen, welche sich zum Teil auf den für den Krankentransport bestimmten Sanitätsstationen und Depots befinden, ist die erste zentrale Desinfektionsanstalt mit ständigem Sanitätspersonal erst im Jahre 1899 im II. Bezirk, Gerhardusgasse 3/5 errichtet worden. Die mit diesem vorzüglich geleiteten Institute gemachten Erfahrungen sind für die im Monat November 1904 fertig gestellte, während der Anwesenheit des Referenten in Wien noch nicht in Betrieb gesetzte 2. Zentralanstalt in der Südvorstadt massgebend gewesen. Die Abholung der infizierten Gegenstände für die Verbrennungsöfen und Dampfapparate, sowie die Zustellung der desinfizierten Gegenstände findet von 2 Sanitätsstationen aus, wozu auch die vorgenannte gehört, mittels bespannter, mit Zinkblechbekleidung versehener Wagen, im übrigen durch ähnliche eingerichtete Handwagen statt; ein Fuhrwerksbetrieb ist auch für die neue zentrale Desinfektionsanstalt vorgesehen.

Für die Ausführung der Desinfektionen in Wien ist die 1896 erlassene, inzwischen nicht wesentlich abgeänderte Instruktion massgebend. Welche Bedeutung das Desinfektionswesen in Wien gewonnen hat, kann daraus ermessen werden, dass sämtliche durch die öffentlichen Sanitätsorgane ausgeführten Desinfektionen unentgeltlich erfolgen, was übrigens auch für einige andere Gemeinden, insbesondere die Städte mit eigenem Statute zutrifft, in welchen das Desinfektionswesen statutarisch geregelt ist.

Gleichzeitig hat sich auch das Krankentransportwesen in Wien



in hervorragendem Masse entwickelt und zwar besonders, nachdem seitens der k. k. Statthalterei durch strenge Verordnung dafür Sorge getragen worden ist, dass der Transport von Infektionskranken nur in dazu bestimmten Vehikeln bewerkstelligt werde, und dass in solchen Fällen, wo gegen dieses Verbot Lohnfuhrwerk oder sonstige öffentliche Verkehrsmittel zu diesem Transporte verwendet werden, eine Verantwortlichmachung derjenigen Personen, welche den Transport einleiteten, zu erfolgen hat. Es ist ferner für eine strenge Kontrolle darüber gesorgt worden, dass die kommunalen Infektionswagen nach jedesmaliger Benutzung in dem mit entsprechenden Einrichtungen versehenen Franz Josephs Infektionsspitale und dem Wilhelminen-Spitale (Infektionsabteilung für Kinder), oder in den Sanitätsstationen, deren zur Zeit 5 bestehen, oder in den städtischen Krankentransportmitteldepots sofort desinfiziert werden, wobei auch die Vorschriften über die für das Personal der Krankenträger massgebenden Desinfektionsmassregeln sorgfältige Beachtung finden.

Epidemiespitäler.

In dem Entwickelungsgange des Spitalwesens macht sich überall das Bestreben geltend, im Anschluss an allgemeine öffentliche Krankenanstalten zur Unterbringung von Infektionskranken stabile Einrichtungen zu treffen, und zwar derart, dass für gewisse Kategorien von ansteckenden Krankheiten, vornehmlich für Blattern, Masern, Scharlach und Diphtherie, Sondergebäude im Pavillon- oder Barackensystem geschaffen werden, während Unterleibstyphus-, Rotlauf- oder tuberkulöse Kranke nach wie vor in gesonderten Räumen innerhalb der Hauptanstalt untergebracht zu werden pflegen. Mit Rücksicht auf die aussergewöhnlich grosse Zahl von Erysipelkranken allerorts ermangelt wohl keine grössere Krankenanstalt einer besonderen Abteilung für dieselben. Für Typhuskranke werden gewöhnlich Räume der Abteilung für innere Kranke reserviert. In den letzten Jahren ist man bei der Neuerrichtung oder Erweiterung von solchen Krankenanstalten, die auch für die Aufnahme von Infektionskranken bestimmt sind, mit der Einrichtung von sogenannten Exspektanz-Baracken in grösserem Umfange vorgegangen, wobei für jede Kategorie von Infektionskrankheiten besondere Baracken dieser Art vorgesehen sind.

Nähere Angaben über Umfang und Einrichtungen der von dem Referenten in Wien, Graz, Triest, Brünn etc. besichtigten Epidemiespitäler müssen hier unterbleiben. Alle diese Anstalten liefern reich-



liche Beweise dafür, welche Bedeutung der Absonderung Infektionskranker in besonderen Spitälern in Oesterreich beigelegt wird und mit welchen grossen Mitteln die leistungsfähigeren Kommunen an diese Aufgabe herantreten. In der Mehrzahl der ländlichen Gemeinden findet man sich allerdings noch mit Notspitälern und Notlokalitäten für den Fall des epidemischen Auftretens einer Infektionskrankheit ab, sofern nicht in den allgemeinen Bezirkskrankenhäusern stationäre Abteilungen für Infektionskranke eingerichtet sind.

Als wichtige Vorkehrungen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung sind auch die Veranstaltungen für Serumgewinnung zu zu berücksichtigen. Diesem Zwecke dient vor allem das staatliche sero-therapeutische Institut in Wien, dessen wissenschaftliche Laboratorien in der K. K. Krankenanstalt „Rudolfsstiftung" untergebracht sind, woselbst auch der kommerzielle Vertrieb der Präparate stattfindet, während die Herstellung des Diphtherie-, Tetanus- und des Antistreptokokkenserums in einer im Herbst vollendeten neuen Anlage auf dem Terrain des Franz Josefs-Hospitals erfolgt. Ausserdem erfolgt die Herstellung der Präparate zu den Schutzimpfungen gegen Lyssa, ferner seit Dezember 1899 nach 1jähriger Unterbrechung auch diejenige des Pestheilserums, und zwar beide in dem vorgenannten wissenschaftlichen Laboratorium des bakteriologischen Instituts des Rudolfsspitals. Diese Abteilung der sero-therapeutischen Anstalt hat hier eine äusserst beschränkte Unterkunft gefunden, sowohl hinsichtlich ihrer Arbeitsräume, wie der Tierställe; auch die Einrichtungen sind so mangelhafte, dass man im allgemeinen, besonders aber mit bezug auf das Pestlaboratorium seine Bedenken nicht unterdrücken kann. In Anerkennung dieser Tatsache ist beschlossen worden, die Abteilung in den Neubau des hygienischen Instituts zu verlegen und räumlich dem K. K. Universitäts-Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie anzuschliessen.

Die Herstellung von Diphtherieserum, Tetanusantitoxin und Antistreptokokkenserum findet ausserdem noch in einer von Professor O. Bujwid am hygienischen Institute in Krakau geleiteten, staatlich besonders subventionierten Anstalt statt. Die eigentliche Behandlung gegen Wutkrankheit erfolgt nur in genannten Instituten Wiens und Krakaus, während die sonstigen Heilserumpräparate an Aerzte abgegeben werden. Für den Bezug des Diphtherieserums sind in allen Verwaltungsgebieten Depotstellen errichtet; Serumvorräte, welche über $^1/_2$ Jahr alt geworden sind, werden von den Anstalten gegen frisches



Serum eingetauscht. Jedem Fläschchen wird eine Gebrauchsanweisung sowie eine portofreie Korrespondenzkarte zur Mitteilung der über die Wirkung gemachten Beobachtungen, sowohl bei kurativer wie bei präventiver Anwendung beigegeben. Das Diphtherieheilserum hat sich in Oesterreich zwar langsam, aber stetig eingebürgert und findet besonders in den Krankenanstalten schon vielfach zu prophylaktischen Zwecken Verwendung.

Bekämpfung der Tuberkulose.

Unter sämtlichen Infektionskrankheiten ist man in Oesterreich an die Bekämpfung der Tuberkulose durch besondere Massregeln erst sehr spät herangetreten. Die ersten Massnahmen wurden im Jahre 1889 durch die küstenländische Statthalterei getroffen, welche auf die Wege der Verbreitung dieser Krankheit hinwies und Anweisungen erliess, die sich im wesentlichen auf die Person des Tuberkulösen, seinen Auswurf und seine Effekten bezogen, aber auch die in öffentlichen Anstalten zu beobachtende Prophylaxe berücksichtigten. Durch Verordnung derselben Statthalterei vom Jahre 1894 wurden die getroffenen Massnahmen auch auf die Kurorte und Kuranstalten ausgedehnt. Dieses Vorgehen fand in den übrigen Kronländern zunächst keine Nachahmung. Staatlicherseits, d. h. seitens der Reichs-Zentralinstanz wurde der Tuberkulosebekämpfung, abgesehen von mehreren 1890 erschienenen Erlassen, betreffend die Anwendung des Koch-schen Heilmittels, erst durch den Erlass vom 14. Juli 1902 eine allgemeine Regelung zu teil, nachdem aus privater Initiative heraus schon mannigfache Anregungen gegeben und allgemeinnützige Veranstaltungen getroffen waren, welche auch schon die Aufmerksamkeit einzelner Landesausschüsse wachgerufen hatten. Der genannte Erlass, der abschriftlich sämtlichen Ministerien zur Berücksichtigung in deren Ressorts mitgeteilt worden ist, macht zunächst geltend, dass die Sanitätsverwaltung bei Bekämpfung der Tuberkulose als Infektionskrankheit ebensowohl auf die pflichtmässige Unterstützung der unterstehenden Organe, als auf die bereitwillige, verständnisvolle Mitwirkung der verschiedenen Behörden, Verwaltungen und Korporationen, des einsichtsvollen Teiles der Bevölkerung, insbesondere aller die Praxis ausübenden Aerzte angewiesen sei. Es folgen sodann Vorschriften über die zur Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose erforderlichen obligatorischen und der empfehlenswerten Massnahmen. Zu ersteren gehören die allgemeinen, auf den Kranken und seine Um-



gebung, sowie die ärztliche Anzeigepflicht bezüglichen, und die speziellen Massnahmen für Heilanstalten, Kurorte und Sommerfrischen, sowie Wohngemeinschaften und Pflegeanstalten jeder Art; die ärztliche Anzeigepflicht hat zu erfolgen mit bezug auf den Bestand der Tuberkulose in einem Haushalte oder in einer Wohngemeinschaft

a) im Falle des Ablebens eines tuberkulösen Kranken;

b) beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft der Tuberkulösen; hierzu kommt die Ablebungsanzeige seitens der Totenbeschauer.

Als empfehlenswerte Massnahmen führt der qu. Erlass an: Die Belehrung der weitesten Bevölkerungsschichten durch populäre Vorträge, das Aufsuchen von Heilanstalten für Tuberkulöse, eventuell von Spitälern, Vorsicht im Verkehr der tuberkulösen Eltern und Verwandten mit Kindern, Vorsicht in der Wahl des Berufes seitens tuberkulöser oder dazu veranlagter Personen; Beachtung der für die Gesundheit der Arbeiter, namentlich jugendlicher, erforderlichen hygienischen Rücksichten in Fabriks- und Gewerbebetrieben, Fürsorge für die öffentliche Reinlichkeit in Gemeinden, Häusern und in Wohnungen, Assanierung der Ortschaften, strenge Handhabung der Gesundheitspolizei und Nahrungsmittelkontrolle.

Endlich weist der Erlass auf die Massnahmen hin, welche eine Heilung der Tuberkulose ermöglichen, die rechtzeitige Unterbringung der Erkrankten in Lungenheilstätten oder Tuberkuloseasylen durch Gemeinden, Industrieunternehmungen, Krankenversicherungsanstalten etc. in deren wirtschaftlichem Interesse, zum mindesten die Erweiterung öffentlicher Krankenanstalten durch Pavillons für rationelle Freiluftbehandlung und Kräftigungskuren.

Vorstehende ministerielle Anweisung, welche für die Aufnahme des Kampfes gegen die Tuberkulose seitens der Landesregierungen und autonomen Landesverwaltungen durchaus erschöpfende Unterlagen darbietet, hat bisher erst in wenigen Ländern zum Erlasse von Verordnungen geführt, die eine behördliche Durchführung der Massregeln garantieren sollen. Unter dem 12. Mai 1904 hat der Statthalter im Erzherzogtum Oesterreich unter der Enns Bestimmungen getroffen, welche sich auf die Anzeigepflicht, das Desinfektionsverfahren, Wohnungsrevisionen durch die Gemeindeärzte, die Handhabung mit Nahrungs- und Genussmitteln, den Fabrik- und Gewerbebetrieb, die öffentliche Reinlichkeit, den Betrieb in Kranken- und Humanitätsanstalten jeder Art, sowie in Korrektionshäusern und Arresten, auf die Kurorte und Sommerfrischen und alle öffentlichen und privaten

Verkehrslokale beziehen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Anzeigepflicht, die den Aerzten und Totenbeschauern obliegt:

a) in allen Todesfällen an Tuberkulose jeder Art,
b) in allen Erkrankungsfällen an vorgeschrittener Kehlkopf- und Lungentuberkulose, wenn eine Uebersiedelung der Erkrankten in eine andere Wohnung oder die Abgabe desselben in eine Krankenanstalt stattfindet,
c) ausserdem in allen Fällen, in welchen sanitäre Massnahmen zum Schutze der Wohnungsgenossen unbedingt notwendig sind, der Umgebung der Kranken jedoch nicht überlassen werden können, sodass die Intervention der Sanitätsbehörden zum Zwecke der Beseitigung der Infektionsgefahr notwendig ist.

Die Anzeige ist an die politische Behörde 1. Instanz, und zwar mit Ausnahme der Städte mit eigenem Statut, im Wege der Gemeinde zu erstatten.

Eine weitere Anzeige liegt den Verwaltungen der Krankenanstalten nach der Richtung hin ob, dass Fälle von vorgeschrittener Kehlkopf- und Lungentuberkulose nach ihrer Aufnahme in Spitalbehandlung und auch bei ihrer Entlassung, im Falle dass letztere noch im infektiösen Krankheitszustande erfolgt, auf demselben Wege der politischen Behörde 1. Instanz gemeldet werden müssen.

Bezüglich des Desinfektionsverfahrens bestimmt obige Verordnung, dass alle Gemeinden „Desinfektionseinrichtungen“ besitzen müssen, dass Gemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern und alle Kurorte verpflichtet sind, angemessene Desinfektionsanstalten einzurichten, und dass die notwendigen Kosten der behördlich angeordneten Desinfektionen in allen Fällen die Gemeinde zu tragen hat.

Weitere Massnahmen gegen die Weiterverbreitung der Tuberkulose hat unter dem 23. November 1903 auch der Landesschulrat von Niederösterreich mit Bezug auf die Schulen erlassen; dieselben betreffen das Verbot des freien Ausspuckens im ganzen Schulhause, Aufstellung von Spucknäpfen in den Klassenzimmern, in Gängen und auf Treppenabsätzen, die Beseitigung des Sputums und Reinigung der Speigefässe, Reinhaltung sämtlicher Schulräume, Beachtung der physischen Entwickelung der Kinder, Vermeidung von Ueberanstrengung derselben im Gesang- und Turnunterricht, die zweckmässige Verteilung der Kinder mit Bezug auf den Luftraum, die Errichtung von Schulbädern und die Förderung des Kaltbadens und Schwimmens im

Sommer; endlich die Berechtigung der Amtsärzte zu periodischen Revisionen in den Schulen auch während der Unterrichtszeit.

Mit Bezug auf beide Verordnungen wurden seitens der Statthalterei noch besondere Ausführungsbestimmungen an die untergeordneten politischen Behörden erlassen.

Eine ähnliche Verordnung erfolgte unter dem 6. Juli 1904 seitens der Landesregierung von Salzburg. Es ist nunmehr zu erwarten, dass demnächst auch alle übrigen Landesregierungen dem Erlasse der Zentralinstanz vom 14. Juli 1902 Folge geben werden, und dass der Kampf gegen die Tuberkulose in den Kronländern Oesterreichs unter diejenigen Aufgaben des politischen und des Gemeinde-Sanitätsdienstes eingereiht werden wird, welche der Bekämpfung aller übrigen Infektionskrankheiten zu widmen sind, — und zwar aufgebaut auf der allgemeinen Grundlage der Reichs-Sanitätsgesetzgebung und daher unbestreitbar durch die Verwaltungsgerichte. Wie sehr auch die in das öffentliche Leben tief einschneidenden Bestimmungen bei der Durchführung aller Massnahmen unter der Aufsicht der politischen Behörden deren Umsicht, Wohlwollen und sachliches Vorgehen mit Rücksicht auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Gemeinden erfordern werden, so ist doch der erste wichtige Schritt getan und den autonomen Landesverwaltungen der Weg eröffnet, auf welchem ein organisatorisches Vorgehen gegen die schlimmste aller Volksseuchen, sowie ein Zusammenwirken der Landesverwaltung mit der privaten Vereinstätigkeit auf diesem Gebiete ermöglicht wird.

In welcher weitsichtigen und erspriesslichen Weise dieser Weg beschritten werden kann, ergibt sich aus einer Verhandlung des niederösterreichischen Landesausschusses, betreffend das zur Bekämpfung der Tuberkulose unter dem 22. Juli 1902 zum Beschlusse erhobene Programm, welches vor allem die für das Kindesalter zu treffenden Massnahmen vorsieht und zu diesem Zwecke bereits grundsätzliche Bestimmungen getroffen hat zur Errichtung und Erhaltung von Tageserholungsstätten für Kinder, deren Betrieb einem charitativen Vereine, und zwar dem Verein „Kinderschutzstationen" übertragen werden soll. — Der Landesausschuss hat sich jedoch auch die Fürsorge für erwachsene heilbare und unheilbare Tuberkulöse zur Aufgabe gestellt, und beabsichtigt, abgesehen von der Errichtung von Heilstätten und besonderen Pflegeanstalten, hierfür die öffentlichen Krankenanstalten in grösserem Umfange in Anspruch zu nehmen. In gleicher Weise hat auch der böhmische Landtag, nachdem schon im Jahre 1899

durch die Statthalterei von Böhmen die strenge Isolierung der mit Tuberkulose behafteten Kranken in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten angeordnet worden ist, die Errichtung von besonderen, mit Liegehallen und allen modernen Einrichtungen ausgestatteten Sonderabteilungen für Lungenkranke bei allen neu projektierten und rekonstruierten allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern beschlossen und vorgesehen, dass eine derartige Anforderung auch als Bedingung für die Erteilung des Oeffentlichkeitsrechtes an alle sonstigen neu zu errichtenden Krankenhäuser gelten soll. Man geht bei diesen Massregeln von der Idee aus, dass diese Sonderabteilungen für Lungenkranke die Beobachtungs- und erste Behandlungsstation für schwerere, aber besserungsfähige oder heilbare Fälle zum Zwecke deren späterer Ueberführung in Lungenheilstätten sein sollen; einen weiteren Vorteil bedinge diese Art der Fürsorge, dass die meisten Tuberkulösen, welche der Anstaltspflege bedürftig sind, in ihrer eigenen Heimat verbleiben können und in einem Klima, auf welches sie dauernd angewiesen sind.

Die Heranziehung der Krankenhäuser für die Bekämpfung der Tuberkulose erscheint zweifellos als eine durchaus praktische und nachahmungswerte Massregel, die, sofern sie auch auf die von weltlichen und geistlichen Genossenschaften geleiteten Wohltätigkeitsanstalten für Krankenpflege ausgedehnt wird, den Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit der Gemeinden in wesentlich höherem Masse entsprechen und anzupassen sein würde, als dies bei einer Beschränkung auf besondere Heilstätten und Pflegeanstalten allein möglich sein wird. Besonderer gesetzlicher Massnahmen würde es auch in Preussen zu diesem Zwecke nicht bedürfen, wohl aber einer wirksamen finanziellen Unterstützung der Gemeinden und Wohltätigkeitsanstalten, in erster Linie seitens derjenigen Behörden und Institute, deren Interesse auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung gerichtet sein muss, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten, Gewerksvereine, gewerblichen Genossenschaften u. dergl. mehr, sodann aber auch seitens der Kreis- und Provinzialverwaltungen, zu deren Aufgabe auch die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in den Gemeinden gehört.

Aus vorstehendem erhellt, dass die Bekämpfung der Tuberkulose in Oesterreich Gegenstand der Fürsorge sämtlicher Organe der politischen und autonomen Behörden durch Verordnungen im Verwaltungswege auf reichsgesetzlicher Grundlage geworden ist und daher Erfolge verspricht, welche dem Reiche voraussichtlich bald einen

Vorsprung vor denjenigen Ländern sichern werden, wo die private Organisation der Tuberkulosebekämpfung die staatlichen Massnahmen vorläufig noch überwiegt.

Seesanitätswesen.

Die Ausdehnung des österreichischen Küstenlandes, einschliesslich der Quarnerischen Inseln, mit seinen zahlreichen Provenienzen, die Bedeutung des internationalen und des Grenzseeverkehrs an diesen Küsten spielen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung, insbesondere in Bezug auf die Verhütung der Einschleppung nicht nur der pandemischen, sondern auch aller anderen Infektionskrankheiten eine grosse Rolle. Abgesehen von den Beschlüssen der Dresdener Konvention vom Jahre 1893 und der Venediger Konvention vom Jahre 1897, welche die Behandlung der Cholera- und der Pest-Provenienzen regeln und auch für Oesterreich in Kraft getreten sind, stützt sich die Regelung des Seesanitätswesens noch immer auf veraltete, den heutigen Anforderungen der Hygiene und Gesundheitspolizei nicht mehr entsprechende Bestimmungen, so dass es vorläufig unmöglich ist, darüber ein klares Bild zu gewinnen. Die Seesanität Oesterreichs befindet sich noch in der Entwickelung, für welche der erste Schritt im Jahre 1902 durch eine neue, allerdings noch unvollständige Organisation des Seesanitätsdienstes getan ist. In Vorbereitung befindet sich ein neues Sanitätsreglement, welches einerseits die Cholera, die Pest und das gelbe Fieber, andererseits die übrigen Infektionskrankheiten behandeln und mit Vorschriften über das Desinfektionsverfahren im Seeverkehr verbunden werden soll.

Das gesamte Seesanitätswesen, für welches nach dem Reichssanitätsgesetz von 1870 eigentlich das Ministerium des Innern zuständig ist, untersteht seit 1871 dem Handelsministerium, das über keinen Fachreferenten verfügt und darauf angewiesen ist, die wichtigeren sanitären Angelegenheiten durch Vermittelung des Ministeriums des Innern dem Obersten Sanitätsrat vorlegen zu lassen.

Der Sitz der eigentlichen Seebehörde ist in Triest; dem Präsidenten derselben untersteht das Sanitätsdepartement, sowie als Exekutivbehörden die Hafen- und Seesanitätskapitanate, Deputationen, Agentien und Expposituren. Zu den Aufgaben der Seebehörde gehört die Fürsorge für Herstellung und Instandhaltung aller zum Seesanitätsdienste und Kontumazdienste bestimmten Anstalten, die Handhabung und Ueberwachung aller Gesetze und Vorschriften, welche

den Sanitätsdienst zur See betreffen, die Einholung der für diesen Dienst wichtigen Nachrichten aus dem Auslande, sowie die fallweise Anordnung von sanitären Vorkehrungen für die Seeschiffahrt. Das Sanitätsdepartement leitet der Seesanitätsinspektor, dem vorläufig der dem Hafenkapitanate seit 1902 zugeteilte Hafenarzt und der Veterinär unterstellt sind; vorgesehen ist eine besondere Hafenarztstelle für das Departement selbst. Den ärztlichen Exekutivdienst bei den untergeordneten Aemtern versehen die zuständigen Bezirksärzte, und wo ein solcher im Hafenorte nicht seinen Sitz hat, ein anderer geeigneter Arzt, im Notfalle der erste beste. Dass selbst die Hafen- und Seesanitätskapitanate eines wirklichen Hafenarztes ermangeln, beweist, wie unzureichend heute noch der Seesanitätsdienst in Oesterreich organisiert ist. Wenn auch Triest allein die wichtigsten Provenienzen hat, vielleicht mit Ausnahme von Gravosa bei Zara, wo auch ein Schiffsverkehr aus Alexandrien stattfindet, so verkehren doch beispielsweise aus Griechenland und Italien die Schiffe und Fischereiboote in allen Häfen des gesamten Küstengebietes; bräche daher die Cholera in den genannten Ländern aus, so würde nur die Schliessung aller dieser kleinen Häfen für sämtliche Provenienzen einen sicheren Schutz gegen die Einschleppung der Seuche gewähren. Ob diese Massregel trotz ihrer Wichtigkeit mit Rücksicht auf die dadurch bedingte ausgedehnte Verkehrshemmung in der massgebenden Instanz angeordnet werden würde, muss bezweifelt werden. Es kommt hinzu, dass, mit Ausnahme des Choleraspitals in Petercane bei Zara und des Seelazaretts Meljine in der Bucht von Cattaro, also am nördlichsten und südlichsten Ende von Dalmatien, die ganze langgestreckte Küste dieses Landes einer eigentlichen Quarantäneanstalt ermangelt, und dass selbst an den genannten beiden Seesanitätsanstalten Hafenärzte nicht angestellt sind. Auf dem Sanitätsinspektor allein ruht daher die ganze Verantwortung für die gesundheitspolizeiliche Handhabung des gesamten Sanitätsdienstes einschliesslich des Betriebes der gesamten beiden Seelazarette und der bedeutendsten Quarantäneanstalt Istriens und des Küstenlandes, nämlich des Seelazaretts Valle S. Bartolomeo bei Triest.

Den Schiffsvisiten durch den Hafenarzt bzw. durch die sonstigen mit dem Seesanitätsdienst betrauten Aerzte werden nur Schiffe aus verseuchten Häfen (verdächtige), oder Schiffe, welche Kranke mit sich führen (verseuchte), unterworfen; die Aerzte sind angewiesen, alle

wichtigen Vorfälle und Beobachtungen sofort dem zuständigen Hafenkapitanate und dem See-Sanitätsinspektor zu melden.

Im allgemeinen werden Schiffe, an deren Bord weder bei der Abfahrt, noch während der Reise, noch bei der Ankunft ein Fall von Pest oder Cholera vorgekommen ist, auch wenn sie aus einem verseuchten Hafen kommen, nach Aufnahme des Ankunftskonstituts dem freien Verkehre zugelassen; ergeben sich aber mit Rücksicht auf die Herkunft des Schiffes bedenkliche Umstände, so kann event. das für verdächtige Schiffe massgebende Verfahren eingeleitet werden. Als verdächtig werden auch jene Schiffe angesehen, auf welchen bei der Abfahrt oder während der Reise Pest und Cholera aufgetreten ist, wenn während der letzten 7 Tage (Cholera) bzw. 12 Tage (Pest) kein neuer Fall sich ereignet hat. Die sanitären Vorsichtsmassregeln auf solchen verdächtigen Schiffen bestehen in der sanitären Revision, welche sich auf Schiff, Ladung und Personen erstreckt, Desinfektion der unreinen Wäsche und der sonst als verdächtig anzusehenden Gegenstände, Desinfektion und Entleerung des Sod- und Trinkwassers und Ersatz beider durch neue Vorräte; Desinfektion des Schiffes, Beschränkung des Landganges der Mannschaft, 5- bzw. 10tägige Ueberwachung der ausgeschifften Personen ohne Behinderung der freien Bewegung.

Schiffe, auf welchen Cholera oder Pest herrscht, oder innerhalb der letzten 7 bzw. 12 Tage aufgetreten ist, gelten als verseucht und werden sofort einem der Seelazarette zugewiesen. Die Kranken werden ausgeschifft und isoliert; die anderen Personen in den Kontumazialgebäuden der Lazarette beobachtet, bei Cholera nicht über 5, bei Pest nicht über 10 Tage. Die Desinfektionen erfolgen wie oben; der Vertilgung der Mäuse und Ratten wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Von den vorhandenen 3 Seelazaretten hat Referent nur die Anstalt St. Bartolomeo zu besichtigen Gelegenheit nehmen können.

Dieselbe liegt nahe der Bucht von Muggia, $4^1/_2$ Meilen von Triest auf dem Seewege entfernt, und mit dieser Stadt auch durch eine Fahrstrasse verbunden.

Die Einteilung ist im allgemeinen folgende:

Zur reinen Abteilung gehören: die reine Riva, das Amtsgebäude, die Apotheke, die Wohngebäude für das Personal mit dem Anstaltsrestaurant, das Heiz- und Beleuchtungsmaterialdepot, eine Sammel-



grube, 2 Trinkwasserbehälter, 1 Quellensammelbassin, die Trockenkammer, das Maschinengebäude, die Dampfwäscherei und der reine Teil der Sprechhalle, der Desinfektionsanstalt, der Kapelle und der Anstalts-Rolleisenbahn, sowie eine Gartenanlage von 7500 qm Fläche.

Zur unreinen Abteilung gehören:

Die unreinen Teile der 4 letztgenannten Anlagen nebst einem für Formalindesinfektion eingerichteten Häuschen, die unreine Riva, die Wohngebäude für die Kontumazianten 1., 2. und 3. Klasse mit der Kontumaziantenküche, das Bäderhaus, der Manipulationsraum für die Desinfektionseffekten, 4 grosse Warenmagazine, sowie ein demselben Zwecke dienender grosser eiserner Pavillon, welche Anlagen auch im Notfalle für Massenquartiere eingerichtet werden können, 2 Trinkwasserreservoirs, der Viehhof für seuchenverdächtige Tiere, das Schlachthaus und Heudepot, endlich das Spital für kontagiöse Krankheiten mit Wohnräumen für das Wartepersonal, mit Kanzlei und Arbeitszimmer für den Spitalarzt und einem kleinem hygienischen Laboratorium, ein besonderes Laboratorium für Untersuchung auf Cholera und Pest, der Verbrennungsofen, der Anstaltsfriedhof nebst Leichenhalle und Sektionslokal, ein Seewasserbassin zur Desinfizierung von Tieren und tierischen Abfällen. Auch diese unreine Abteilung verfügt über 2 grosse Gartenanlagen von 6000 und 8750 qm Fläche. Die Kontumaziantengebäude reichen, abgesehen von den Massenquartieren, zur Unterbringung von 350 Personen aus.

Das Verwaltungsgebäude ist mit Telephon und Telegraph versehen. Das Personal der Anstalt besteht aus 1 Verwaltungsbeamten, 1 Bootsmann, der die Hafenexpositur (die Abfertigung der Schiffe) leitet, 1 Piloten, 1 Gärtner, der gleichzeitig als Aushilfsmatrose angestellt und bei Nichtbenutzung des Lazaretts der einzige ständige Desinfektor und Sanitätswächter ist, 1 Tischler, der auch Reinigungsarbeiten versieht, und 2 Lootsen. Die Dampfwäscherei und der Desinfektionsapparat für strömenden Wasserdampf (System Kurz-Rietschel und Henneberg), sowie 2 kleine Kessel für die Desinfektion der der Dampfdesinfektion nicht unterziehbaren Gegenstände, wie Postpakete, Pelzwaren etc., befinden sich in ein und demselben Gebäude, natürlich in getrennten, von verschiedenen Seiten zugänglichen Räumen; angebaut ist eine besondere Kammer für die sonstige Formalindesinfektion. In die Dampfwäscherei gelangen aus den Kontumazialgebäuden und dem Spital nur solche Wäsche- und Kleidungs-



gegenstände, welche bereits innerhalb der Beobachtungs- und Krankenabteilungen 24 Stunden lang in Lysollösung gelegen haben.

Jeder Teil der ganzen Anlage hat seinen eigenen Hofraum mit besonderen Zugängen, alle abgeschlossenen Anlagen haben direkte Zugänge von der Seeseite aus; die ganze Disposition erscheint zwar im ersten Augenblicke sehr kompliziert, entspricht aber dem Prinzipe sorgfältigster Trennung alles Reinen vom Unreinen.

Die Observanz 1. und 2. Klasse enthält Zimmer für 1 bis zwei Betten, ihre Ausstattung und Einrichtung, auch der Bäder und Klosetts, ist eine moderne und gute; die Observanz 3. Klasse verfügt über 3 grosse Doppelräume, in jedem Raume befinden sich für Exkrete Eisenblechkübel, deren Inhalt desinfiziert wird. Sämtliche Einrichtungsgegenstände sind leicht abwaschbar und desinfizierbar. Die vor dem Waschhause errichtete neue Badeanlage für die Observanz 3. Klasse und das Wartepersonal enthält 17 zweckmässig eingerichtete Badezellen. Das innerhalb des Spitals eingerichtete hygienische Laboratorium dient ebensowohl den diagnostischen Zwecken wie der Ausbildung von Schiffsärzten. Ausserdem ist ein besonderes Pest- und Cholera-laboratorium im Jahre 1904 hergestellt worden.

Mit anderen Infektionskrankheiten als Pest, Cholera und Gelbfieber behaftete Personen werden in der Regel nach vorheriger Verständigung mit der Polizeibehörde und dem Magistrate von Triest dem städtischen Infektionshospitale zugeführt.

Es ist zweifellos, dass die im grossen Massstabe angelegte Quarantäneanstalt von S. Bartolomeo weitgehendsten Ansprüchen genügen wird, vorausgesetzt, dass der Seebehörde ein geschultes Personal an Sanitätswärtern und Desinfektoren zur Verfügung steht, worüber Referent eine bestimmte Auskunft nicht hat erlangen können. Darüber hinaus aber wird es bei grösserem Zugange von Kontumazianten und Kranken auch einer besseren Ausgestaltung und Versorgung des ärztlichen Dienstes bedürfen, der vorläufig nur von dem einzigen Hafenarzte und im Notfalle von dem vielbeschäftigten Sanitätsinspektor versehen werden kann. Dem gesamten Seesanitätsdienste würde, wie auch von kompetenter Seite zugegeben wird, die beste Förderung durch Unterstellung des See-Sanitätsdepartements unter das Ministerium des Innern, die oberste Behörde des Sanitätswesens in Oesterreich, zuteil werden.



Prostitution.

Die Ueberwachung der Prostitution in gesundheitspolizeilicher Beziehung liegt nach einem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes den Gemeinden im selbständigen Wirkungskreise ob; da die Prostitution überhaupt bisher in Oesterreich noch nicht gesetzlich geregelt ist, bleibt es dem Ermessen der Gemeinde überlassen, Bestimmungen über Art und Ort der Untersuchungen zu treffen. Im wesentlichen bestehen über die Durchführung der sanitätspolizeilichen Ueberwachung nur in den grösseren Städten besondere Vorschriften. In den Städten mit k. k. Polizeiverwaltung ist dieser die Durchführung überlassen. Die Untersuchungen erfolgen daher entweder durch Polizeiärzte oder durch städtische Aerzte. Vielfach sind die mit der Untersuchung von Prostituierten beauftragten Polizeiärzte bezüglich ihres gesamten Einkommens nur auf den Erwerb aus diesen taxmässigen Gebühren angewiesen.

Die Ueberführung bei der Untersuchung krank befundener Prostituierter in ein Spital ist gleichfalls eine Angelegenheit der öffentlichen Sanitätspflege; die Aufnahme muss unbedingt erfolgen und müssen die Kranken solange in der Behandlung behalten werden, bis die Heilung eingetreten ist.

Das Prostitutionswesen in Oesterreich zeichnet sich durch die Duldung des Bordellwesens aus; letzteres hat innerhalb der letzten 10 Jahre in den grösseren Städten eine stetige Abnahme erfahren, besonders in Wien, Triest und Prag, unter gleichzeitiger Zunahme der Einzel- und der geheimen Prostitution, steht dagegen in den kleineren Städten, namentlich in industriellen Bezirken, in voller Blüte.

In Wien gestaltet sich das Zahlenverhältnis zwischen den in Bordellen untergebrachten, den der Einzel- und den der geheimen Prostitution ergebenen Personen, wie 1 : 2 : 10; es wird aus diesem Grunde gegen letztere mit ausserordentlicher Strenge vorgegangen, um die Unterstellung der geheimen Prostituierten unter die Kontrolle zu fördern. Die Ueberwachung der geheimen Prostitution erfolgt durch Zivilorgane, für jeden Polizeibezirk durch 1 bis 2 Beamte. Die noch nicht beanstandeten geheimen Prostituierten werden das erste Mal mit einer mehrtägigen Polizeistrafe belegt, fremdzuständige landesverwiesen; wiederholte Beanstandung hat gerichtliche Anzeige zur Folge, es tritt eine 3- bis 6 monatige Gefängnisstrafe und ausserdem die Ueberweisung in eine Zwangsarbeitsanstalt für die Dauer von 2 bis

3 Jahren ein; als besonderes Delikt gilt, wenn die geheime Prostituierte venerisch krank befunden wird; bei wissentlicher Erkrankung entscheidet das Gericht auf mindestens 6 Monate Gefängnis, welche Strafe nach Beendigung der sofort einzuleitenden Krankenhausbehandlung abgebüsst wird. Bei den Kontrollierten wird die Uebertretung der Sittenvorschriften sehr milde bestraft, sofern es sich nur um Ordnungswidrigkeiten handelt. Jede Zwangskontrolle wird möglichst vermieden, dagegen durch die strenge Bestrafung der geheimen Prostituierten und die milde Behandlung der Kontrollierten die freiwillige Unterstellung unter die Kontrolle bezweckt und gefördert.

Für die Unterstellung unter die Kontrolle ist ausser der Defloration das zurückgelegte 16. Lebensjahr Bedingung. Bei der Aufnahme von minderjährigen Mädchen (unter 24 Jahre) unter die Kontrolle werden die Eltern und die Pflegschaftsgerichte davon in Kenntnis gesetzt, um event. einen Besserungseinfluss zu erzielen.

Mit der unter die Kontrolle zu stellenden Person wird zwecks Ausstellung eines Gesundheitsbuches eine Verhandlung aufgenommen; sofern die Person nicht über 2 Photographien verfügt, findet eine photographische Aufnahme polizeilicherseits statt; ein Bildnis wird dem Prostituierten-Vormerkblatt, eines dem Gesundheitsbuche eingefügt; letzteres muss die Prostituierte stets bei sich führen, was streng kontrolliert wird. Die Sittenvorschriften werden derselben mittels Protokolles ausgehändigt. Ebenso werden die für die Bordelle massgebenden Vorschriften deren Inhaberinnen bei der polizeilichen Anmeldung zwecks Erreichung der Duldung protokollarisch übermittelt. Für die Bordelle und bordellähnlichen Häuser ist nur eine Belegung mit 5 bis 20 Prostituierten gestattet. Die Quartiergeberin ist für die Durchführung der sanitätspolizeilichen Vorschriften verantwortlich und verpflichtet, den Gesundheitszustand ihrer Insassen zu überwachen. Die ärztliche Untersuchung sämtlicher Prostituierten findet ausnahmslos 2 mal wöchentlich durch die Polizeiärzte statt und ist nur bei notorisch zahlungsunfähigen Einzelprostituierten unentgeltlich; anderenfalls ist für jede Untersuchung, zu welcher sich die Prostituierte im Amtslokale des Polizeiarztes einfindet, 1 Kr., für die Untersuchung in der Wohnung der kontrollierten Person, sowie in den Bordellen ein Betrag von 2 Kronen zu entrichten; diese Beträge fliessen unmittelbar dem Polizeiarzte zu.

Bei venerischer Erkrankung wird der Prostituierten das Gesundheitsbuch von dem Polizeiarzte abgenommen und mit ärztlichem Be-



fundscheine sofort dem zuständigen Bezirksamte zugestellt. Die Prostituierte ist verpflichtet, sich behufs Aufnahme in ein öffentliches Krankenhaus noch an demselben Tage auf dem Polizeibureau zu melden, von wo aus ihre Zuweisung in die betreffende Anstalt erfolgt; die Behandlung ist hier eine unentgeltliche und unabweisbare. Für die Kosten der Behandlung hat die Heimatsbehörde aufzukommen. Der Befundschein des Arztes wird dem Zuweisungsspital mit der Anweisung übermittelt, das Nichteintreffen von Prostituierten binnen 24 Stunden im Krankenhause der Polizeibehörde anzuzeigen; der Befundschein wird nach eingetretener Genesung mit einem Entlassungszertifikate der Spitalsverwaltung dem Polizeibureau zugestellt. Die ambulatorische Behandlung einer geschlechtskranken Prostituierten ist in jedem Falle unzulässig. — Der Polizeiarzt, welchem die Ueberwachung von höchstens 40 Prostituierten seines oder eines benachbarten Bezirkes obliegt, hat einen wöchentlichen Rapport einzureichen und einen Jahresbericht zu erstatten.

Das Zuhälterwesen (Strizzi) in Wien wird nicht als erheblich angegeben; schon die blosse Anwesenheit eines Zuhälters in der Wohnung der Prostituierten ist strafbar.

Ob das System der Prostitutionsüberwachung in Wien in allen Einzelheiten als einwandsfrei zu bezeichnen ist, muss hier unerörtert bleiben; ebenso, inwieweit die Kasernierung der Prostituierten als zulässig oder unzulässig erachtet werden kann. In letzterer Beziehung hat man in Wien die Erfahrung gemacht, dass mit dem Anwachsen der geheimen Prostitution die Existenzfähigkeit wenigstens der besser eingerichteten Bordelle immer mehr in Frage gestellt wird, während das Verhältnis zwischen ersterer und der Einzelprostitution dasselbe geblieben ist. Solange man nicht Mittel und Wege gefunden hat, die Gefahren der geheimen Prostitution in gesundheitspolizeilicher Beziehung einzudämmen, wird man das Kasernierungssystem, weil der Ueberwachung am besten zugänglich, nicht ohne weiteres verwerfen können. Der Weg, unter Vermeidung jeglicher zwangsweiser Unterstellung unter die Kontrolle der geheimen Prostitution durch Anwendung strenger Strafmassregeln entgegenzutreten, kann vorläufig nur als ein zweckmässiger bezeichnet werden.

Mancherlei Mängel machen sich bei der Ueberwachung der Prostitution in Triest geltend, obwohl gerade hier der bedeutende Schiffsverkehr für die Einschleppung und Verbreitung venerischer Erkrankungen jederzeit eine grosse Gefahr bedingt. Abgesehen von dem

Polizeichefarzt beziehen 3 mit der Untersuchung der Prostituierten betraute Polizeiärzte überhaupt kein Gehalt und sind gezwungen, für ihr Einkommen aus den Untersuchungsgebühren wichtige staatliche Funktionen auszuüben, z. B. neben der Untersuchung und Behandlung der Polizei-Exekutivbeamten, der Polizeigefangenen und Schüblinge auch das öffentliche Impfgeschäft zu besorgen. Die Untersuchungen der Einzelprostituierten erfolgen fast ausschliesslich in den Wohnungen derselben, der Bordellmädchen nur in den Bordellen und zwar 2 mal wöchentlich ohne Ausnahme; das einzige öffentliche Ambulanzlokal für zahlungsunfähige Prostituierte befindet sich gleichfalls in einem Bordell! Der Gebührensatz beträgt auch in Triest 1 bis 2 Kronen. Die Ueberführung geschlechtlich erkrankter Prostituierter in das städtische Krankenhaus (nicht Epidemiespital) ermangelt gleichfalls eines kurzen und prompten Verfahrens. Von den rund 300 eingeschriebenen Prostituierten Triests befinden sich die Hälfte in Bordellen, Lokalen der untersten Klasse, in denen fast ausschliesslich nur die Schifferbevölkerung verkehrt, und deren hygienische Verhältnisse viel zu wünschen übrig lassen, zumal da diese Lokale auf Winkelgassen beschränkt sind.

Das Prostitutionswesen in Prag hat im wesentlichen dieselbe Regelung, wie in Wien erfahren, wenn auch dem Bordellwesen bisher nicht die gleiche Kontrolle zuteil geworden ist. Untersuchungen der Prostituierten erfolgen zweimal wöchentlich in den 14 Polizeibezirken Prags durch 7 Polizeiärzte und 7 Sanitätsassistenten und zwar unentgeltlich auf dem Ordinationszimmer des Polizeiarztes im Kommissariat und gegen 2 Kronen in der Behausung der Person oder im Bordell; auch den Bordellmädchen ist es gestattet die unentgeltliche Untersuchung in Anspruch zu nehmen. Eine Superrevision sämtlicher Prostituierten findet monatlich einmal durch den Polizeiarzt statt. Die Bezahlung geschieht an die untersuchenden Aerzte direkt. Gesundheitsbücher und Photographien sind auch in Prag eingeführt.

Das Bordellwesen in Prag geht nach den jahrelangen Beobachtungen des Polizei-Chefarztes immer mehr ein, allerdings auch unter dem Drucke der Kommunalverwaltung, welche diese Einrichtung zu beseitigen bestrebt ist. Aber auch die Zahl der eingeschriebenen Prostituierten nimmt zusehends ab, während die geheime Prostitution sich immer breiter macht. Im 2. Semester 1904 standen im Polizeibereiche von Prag mit Vorstädten, also bei einer Bevölkerungszahl von rund 750000 Seelen (220000 Innenstadt, welche unter dem

Bürgermeister steht, und 430000 Aussenstadt in 4 Bezirkshauptmannschaften geteilt) nur ungefähr 250 Prostituierte unter regelmässiger Kontrolle, was zweifellos für eine unzureichende Ueberwachung des gesammten Prostitutionswesens spricht.

C. Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Oesterreich.

1. Wasserversorgung.

Die Einrichtung und Erhaltung öffentlicher Wasserversorgungsanlagen ist Sache der Gemeinden; gemäss § 3a des Reichssanitätsgesetzes gehören ebenso alle gesundheitspolizeilichen Aufgaben auf diesem Gebiete zu dem selbständigen Wirkungskreise der Gemeinden. Ueber die Wasserversorgung im engeren Sinne bestehen weder reichsgesetzliche noch landesgesetzliche Bestimmungen; nur die auf Grund des Reichsgesetzes vom 30. Mai 1869 über das Wasserrecht in dem Zeitraume von 1870 bis 1875 erlassenen einzelnen Landesgesetze enthalten einige auch in sanitärer Beziehung wichtige Vorschriften. Hiernach ist

1. der Gebrauch des Wassers aus öffentlichen Gewässern zum Baden, Waschen, Trinken und Schöpfen jedermann gestattet, soweit dadurch weder die Beschaffenheit des Wassers, noch des Wasserlaufes und das Ufer gefährdet, noch ein fremdes Recht verletzt, noch jemandem ein Schaden zugefügt wird. Jede anderweitige Benutzung der öffentlichen Gewässer und jede Aenderung, welche auf den Lauf, den Wasserstand und die Uferbeschaffenheit von Einfluss sein kann, bedarf der Bewilligung der zuständigen Behörde, welche auch über das Mass der Wasserbenutzung zu befinden hat.

2. Bei Feuersgefahr oder vorübergehender dringender Wassersnot ist die Ortspolizeibehörde, bzw. der Vorstand des bedrohten Gemeindegebietes befugt, wegen zeitweiser Benutzung von Privat- und öffentlichen Gewässern die durch das öffentliche Interesse gebotenen Verfügungen zu treffen und unverzüglich vollstrecken zu lassen. Ortschaften und Gemeinden, deren Wasserbedarf nicht gedeckt ist, haben nach Massgabe dieses Bedarfs gegen angemessene Schadloshaltung das Recht auf Enteignung von Privatgewässern und Wasserbenutzungsrechten, soweit dieselben für die gleichen Zwecke der Wasserberechtigten entbehrlich sind.

3. Wo an dem zum Trinken, Kochen, Waschen, Tränken und zu anderen wirtschaftlichen Zwecken oder zum Feuerlöschen nötigen

Wasser ein dauernder Mangel herrscht und die Versorgung damit die Kräfte der einzelnen Gemeindemitglieder übersteigt, ist die Wasserversorgung nach Massgabe des Gemeindegesetzes eine Angelegenheit der Gemeinden und Ortschaften.

In einzelnen Ländern, z. B. in Dalmatien und Istrien sind bei den Landesverwaltungen bestimmte Fonds errichtet, aus welchen den Gemeinden zum Zwecke der Wasserversorgung für häusliche und landwirtschaftliche Bedürfnisse Vorschüsse, aber auch Subventionen gewährt werden können. Ueber die Subventionierung von Gemeinden aus Staatsmitteln bestehen reichsgesetzliche Bestimmungen nicht. Nach einem Erlasse der Statthalterei im Küstenlande von 1899 müssen die mit Subventionsgesuchen vorgelegten Wasserversorgungsprojekte zunächst von den Amtsärzten dahin begutachtet werden, ob sie allen Verhältnissen Rechnung tragen, welche bei der Beurteilung einer solchen Anlage in Frage kommen; die Amtsärzte haben den Lokalaugenschein gelegentlich anderer Dienstreisen vorzunehmen, um den Gemeinden und dem Staatsschatze Auslagen zu ersparen.

Die märische Statthalterei hat in demselben Jahre auf Grund des der Staatsverwaltung nach § 1 des Reichssanitätsgesetzes zustehenden Oberaufsichtsrechts angeordnet, dass in Zukunft alle Projekte über Zentralwasserversorgung vor Erteilung der Ausführungsbewilligung der Statthalterei zu dem Zwecke vorzulegen sind, um prüfen zu können, ob den hygienischen und technischen Anforderungen unter Wahrung der materiellen Interessen der Gemeinden Rechnung getragen worden ist. Vor Einreichung der Projekte an die Statthalterei sind dieselben unter Zuziehung der ärztlichen und technischen Behörden, einer lokalen Vorprüfung zu unterziehen.

Aus diesen vereinzelten Verordnungen geht hervor, dass einerseits staatliche Subventionen für Wasserversorgungszwecke tatsächlich gewährt werden, und dass seitens der politischen Behörden 2. Instanz das staatliche Aufsichtsrecht dahin geltend gemacht wird, dass Projekte für zentrale Anlagen an dieser Stelle geprüft und genehmigt werden müssen. An die Zentralinstanz gelangen diese Projekte also nicht. Weder hier, noch bei den staatlichen oder den autonomen Landesverwaltungen sind besondere Einrichtungen getroffen, welche es ermöglichen, den Gemeinden bei der Projektierung von Wasserversorgungsanlagen mit Rat und Tat auszuhelfen; in den letzten Jahren werden zu diesem Zwecke hier und da die landeskulturtechnischen Aemter in Anspruch genommen.

Die ungünstigen Wasserversorgungsverhältnisse in den meisten österreichischen Kronländern veranlassten das Ministerium des Innern im Jahre 1892 hierüber Erhebungen, sowie die Anlage von Brunnenkatastern anzuordnen, deren Ergebnisse fortan den Ausgangspunkt für Massnahmen zur Beseitigung der vorgefundenen Missstände bilden sollten. Dass die Beschaffung dieser Grundlagen die Assanierung der Gemeinden auf dem Gebiete der Wasserversorgung tatsächlich gefördert haben, geht daraus hervor, dass während der letzten 12 Jahre in allen Ländern Oesterreichs, vor allen in den westlichen Ländern, und von diesen wiederum besonders im Königreich Böhmen eine grosse Zahl zum Teil bedeutender zentraler Anlagen geschaffen worden ist. Ebenso zahlreich waren und sind die Erweiterungen und Verbesserungen bestehender Anlagen und für die nächste Zeit zur Durchführung gelangenden Projekte. Selbst in den Ländern, wie Galizien und die Bukowina, die kulturell weit zurückgeblieben sind, zeigt sich eine lebhafte Tätigkeit der grösseren Gemeinden auf diesem Gebiete.

Unter den im letzten Jahrzehnt geschaffenen zentralen Anlagen stehen die Hochquellleitungen obenan; es folgen die Grundwasserleitungen aus Tiefbrunnen, die vielfach in nächster Umgebung bedeutenderer Wasserläufe angelegt werden, also die Untergrundströmungen der Wassertäler ausnutzen, endlich die Anlage von Staubecken dort, wo ausreichend grosse Höhenniederschlagsgebiete dies ermöglichen. Nur im Notfalle greift man auf Filteranlagen zurück, wo anderes als Fluss- oder Meerwasser nicht zur Verfügung steht; ältere Filteranlagen dieser Art ist man bestrebt allmählich durch Grundwasserleitungen zu ersetzen. Auch mit dem Bau von Talsperren ist man bereits vorgegangen (Böhmen).

Von besonders bemerkenswerten Wasserversorgungsanlagen seien hier nur folgende angeführt.

Eine Art von natürlicher Filtration findet bei Gewinnung des Nutzwassers aus der Moldau für die Hauptstadt Prag statt. Zur Wasserentnahme sind bei den 4 Wasserwerken in das Flussbett bzw. den Flussgrund Brunnenschächte eingebaut, welche in der Sohle mit Filtergalerien aus gelochten Eisenröhren verbunden sind; jeder Brunnenschacht ruht auf einem Eisengestell, dem Sohlenkranze, als Fundament; der untere im Flussgrunde befindliche Teil des Brunnenmauerwerks ist durchlässig; das übrige Mauerwerk wasserdicht hergestellt; der Abschluss jedes Brunnens nach oben hin erfolgt durch einen

eisernen Deckel. Aus diesen Zisternen wird das Wasser geschöpft und gelangt ohne weiteres in die Reservoirs bzw. in die Wasserleitung. Diese Anlage stellt daher eine Untergrunddrainage dar, bei welcher von einer ausreichenden Filtration aber nicht die Rede sein kann, denn die Filtration findet in der Fläche des Flussbettes selbst statt, daher je nach dem Wasserstande selbst unter wechselndem Drucke, wodurch der Filtrationseffekt beeinträchtigt werden muss, zumal die Saugleitung bzw. die Drainage unmittelbar im Flussgrunde in geringer Tiefe liegt; besonders nachteilig aber muss bei dieser Art von Filtration der Umstand wirken, dass eine Erneuerung des Filtermaterials ganz ausgeschlossen ist. Wenn auch ein Teil des abgelagerten Schlammes zeitweise bei Hochwasser fortgeführt wird, daher eine vorübergehende Selbstreinigung des Filters eintritt, so verbleiben dennoch die filtrierenden Bodenschichten konstant in Funktion, müssen durch die Länge der Zeit in hohem Grade verschlemmt werden und können auch sonst infiziert sein.

Der Umstand, dass die 4 Wasserwerke Prags nicht einmal den Bedarf an Nutzwasser decken, so dass ein Drittel der Bedarfsmenge dem Flusse direkt entnommen werden muss, ferner die sehr ungünstigen Trinkwasserverhältnisse in der Stadt, besonders aber der Vorstädte, indem der gesamte Stadtbezirk auf nicht durchgängig einwandfreie und auch eine zu geringe Zahl von Brunnen angewiesen ist, haben die Notwendigkeit einer einheitlichen Wasserversorgung Prags von Jahr zu Jahr mehr geltend gemacht, und zu eingehenden Vorarbeiten geführt. Das endlich in Aussicht genommene, von Baurat Dr. Thiem in Leipzig entworfene Projekt sieht eine ausreichende Wasserversorgung zum Teil aus dem Gebiete des Iser- und Elbtales, zum Theil durch Inanspruchnahme artesischen Wassers bei Kàrany vor. Die Sammlung des gewonnenen Grundwassers soll je mittels dreier in der Nähe des Flussufers liegenden und in einer Sammlungsgalerie bestehenden Fassungszüge stattfinden, deren Wasserspiegel stets in gleicher Höhe wie der benachbarte Flusswasserspiegel liegt, damit weder Flusswasser in die Fassung, noch Grundwasser in den Fluss Eintritt finden kann. Die einzelnen Rohrbrunnen werden mittels Heberleitung verbunden, sollen 20—60 m von einander entfernt liegen und 250 m vom Flussufer und von den bebauten Grenzen der Dörfer. Das innerhalb des Gebietes von Kàrany und Lyssà zu gewinnende artesische Wasser soll mittels eines Sammelrohres einer Enteisenungsanlage zugeführt, auf Koaks- und Sandrieseler geleitet und aus diesen in einen Sammel-

brunnen eingeleitet werden. Das ganze Niederschlagsgebiet der Prager einheitlichen Wasserversorgung umfasst 553 qkm und ist zum grössten Teile Waldbestand, zum geringeren Ackerland, durchgängig sehr schwach besiedelt. Der Kostenanschlag ist mit $9^1/_4$ Millionen Kronen berechnet.

Ein grossartiges und tadelloses neueres Wasserwerk ist die 1903 in Betrieb gesetzte Talsperre im Grölltale zur Wasserversorgung der Stadt Komotau und ihrer Nachbargemeinde Oberdorf in Böhmen. Der Wasserversorgung lag die Idee zu Grunde, die in einem Tale des Erzgebirges niedergehenden atmosphärischen Niederschläge und sämtliche Quellwässer vermittels einer hohen Sperrmauer zu sammeln und nach vorangegangener Filtrierung den Gemeinden zuzuführen. Das Niederschlagsgebiet ist, abgesehen von einem zirka 3 qkm ausgedehnten Hochmoore, dessen Wasser in einer Stauanlage gesammelt und mittels eines 1200 m langen Stollens in ein anderes Niederschlagsgebiet abgeleitet werden musste, 10 qkm gross und vollständig bewaldet, der Waldbestand, der sich in einer Höhenlage von 700—900 m befindet, auf unabsehbare Zeit gesichert. Die Talsperre selbst ist im Grölltale 600 m hoch gelegen; der abgesperrte Raum hat eine Fassungsausdehnung von über 800 000 cbm; da aus dem Niederschlagsgebiete bei Annahme einer Regenhöhe von nur 400 mm—2 100 000 cbm Wasser abfliessen, so ist jährlich fast eine 3malige Füllung des Staubeckens möglich. Die Anlage ist imstande eine Bevölkerung von über 50 000 Seelen mit 130 Litern pro Kopf und Tag an Trink- und Nutzwasser zu versorgen.

Eine ähnliche, wenn auch kleinere Anlage ist das Neundorfer Wasserwerk am Südabhange des Erzgebirges in Böhmen.

Eine eigenartige Quellenfassung ist bei der neuen Hochquellleitung der Stadt Trautenau zur Anwendung gelangt. Das Quellengebiet, welches am Rehornplateau in Höhe von 950 m beginnt, sich in Form einer Talmulde bis zu dem Talseifener Tale erstreckt und sich mit dem Kohlenseifenbachtale verbindet, enthält in beiden Tälern ausser 14 grösseren Quellen, welche mittels Stollen- und Betonbehälter in vor Verunreinigung geschützten, gut ventilierten Quellenhäusern gefasst sind, 164 kleine Quellen, deren Fassung mittels sogenannter Saugzylinder erfolgt. Das Quellgebiet wird nach und nach gänzlich eingeforstet. Bei den in den letzten Jahren besonders im Königreiche Böhmen entstandenen zahlreichen Wasserleitungsanlagen hat sich, ebenso wie in den übrigen Ländern Oesterreichs der Uebelstand

geltend gemacht, dass die Projekte nicht immer technisch gehörig geprüft worden sind, und dass die in Betrieb genommenen Anlagen unter keiner fachtechnischen Aufsicht stehen, da, wie schon oben erwähnt, weder den politischen, noch den autonomen Behörden besondere Beratungs- und Prüfungskörperschaften zur Verfügung stehen.

Von Interesse dürfte auch eine Schilderung der im Jahre 1900 begonnenen Erweiterungsanlage der Aurisina-Wasserleitung für Triest in Santa Croce sein. Die ursprüngliche Wasserleitung bestand seit 1855 und beschränkte sich auf die beiden Karstquellen, welche diesem zum Meere steil abfallenden Höhenzuge bei Santa Croce entstammen und deren Wasser in ein Sammelbassin gehoben, alsdann durch ein aus Schotter, Kohle und Schwamm in getrennten Schichten bestehendes, zeitweise ausgewaschenes Filter geleitet und schliesslich dem Reservoir zugeführt wurde. In demselben Gebiete wurden nunmehr im Jahre 1900 7 weitere Quellen dicht am Meere gefasst, und zwar in 4 Sammelbassins, welche zusammenhängen und über dem 0-Stande des Meeres, aber unter dem Flutstande sich befinden. Durch eine Druckleitung von 700 mm wird das gesamte Quellwasser in drei in 140 m Höhe liegende Rohwasserbassins gepumpt, um alsdann in die Jewellschen Schnellfilter der New-York Filterkompagnie verteilt zu werden. Aus den Filtern gelangt das Wasser in das Reinwasserbassin und von hier aus in zwei Leitungen in die nahe der Stadt Triest gelegenen Verteilungsbassins, die schliesslich das Leitungsnetz versorgen. Die ältere der genannten beiden Leitungen für die ursprünglichen beiden Karstquellen bestimmt, lieferte aus dem ehemaligen Filter 4500 cbm in 24 Stunden; beide jetzigen Leitungen, die nach Beseitigung der alten Filteranlage nur das Wasser der Schnellfilter führen, könnten 20 000 cbm Wasser pro Tag liefern; jedoch ist die Filteranlage zur Zeit nur für 15 000 cbm pro Tag vorgesehen, sodass bei weiterem Zuwachs der Bevölkerung eine Erweiterung notwendig sein wird. Gegenwärtig beträgt der Tageskonsum im Winter nur 7000, im Sommer in maximo 11 000 cbm einschliesslich des Nutz- und industriellen Betriebswassers, d. h. also 40—60 Liter pro Kopf der Bevölkerung.

Von den vorgenannten Verteilungsbassins fasst das ältere 7000 cbm, liegt 75 m über dem Meeresspiegel und dient für die untere Zone der Stadt vom Meeresspiegel bis zu 34 m über demselben; das neue Bassin fasst 3000 cbm, liegt in Höhe von 120 m über dem Meeresspiegel und dient für die obere Zone von 34—100 m über demselben.



Bevor das Rohwasser in den Verteilungsraum für die 3 Rohwasserbassins gelangt, erfährt es einen Zusatz von Alaun bis zum durchschnittlichen Gehalt von 1 pCt. Zu diesem Zwecke sind sich selbst regulierende, durchschnittlich eine 17 proz. Alaunlösung enthaltende Bassins eingerichtet. Durch den Zusatz von Alaunlösung, welche Tonerdehydrat als gallertige Masse bildet, werden nicht nur die Salze und erdigen Bestandteile des Rohwassers präzipitiert, so dass sie von den Filtern zurückgehalten werden können, sondern auch die Schlammschichtbildung, welche für die Zurückhaltung der Bakterien notwendig ist, gefördert. Im allgemeinen ist die Schnellfiltration der langsamen Sandfiltration deswegen vorgezogen worden, weil das Quellwasser des Karstgebirges einerseits keimarm, andererseits aber, namentlich zur Zeit starker Regengüsse, reichlich durch erdige Bestandteile getrübt wird.

Im Betriebsgebäude des Wasserwerks ist ein chemisch-bakteriologisches Laboratorium für Wasseruntersuchungen eingerichtet, welche durch den Chemiker des Stadtphysikats vorgenommen werden sollen. Seit Inbetriebsetzung der neuen Filteranlage im April 1904 ist das Laboratorium jedoch noch nicht benutzt worden; die Untersuchungen sind bisher im chemischen Laboratorium des Stadtphysikats erfolgt.

2. Abwässerbeseitigung.

Die Abwässerbeseitigung als Gegenstand der Assanierung der Ortschaften gehört ebenso wie die Wasserversorgung zu den Obliegenheiten der Gemeinden im selbständigen Wirkungskreise. Reichsgesetzliche Bestimmungen über die Durchführung dieser wichtigen Massregel der öffentlichen Gesundheitspflege bestehen nicht. In Ausübung der staatlichen Aufsicht auch auf diesem Gebiete haben nur die politischen Behörden einzelner Länder landesgesetzliche Bestimmungen, die sich meist nur auf die Verunreinigung öffentlicher Wasserläufe durch Einleitung von Abwässern und auf die Unschädlichmachung der Abwässer gewerblicher Betriebe beziehen, erlassen. Die Berechtigung der Behörden zum Einschreiten gegen gemeinschädliche Verunreinigungen öffentlicher und Privatwasserläufe ist durch das Reichs-Wasserrechtsgesetz vom 30. Mai 1869 und die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Landesgesetze gegeben, im übrigen auch durch mehrfache Erkenntnisse des K. K. Verwaltungsgerichtshofes anerkannt worden; u. a. führt letzterer aus, dass auch die Einleitung von Unratkanälen in öffentliche Gewässer als „Benutzung" derselben

unter die Bestimmungen des Wasserrechts fällt, dass zur Benutzung öffentlicher Gewässer als Ablagerungs- und Einleitungsstätten von Waschwässern und Abfallstoffen die politische Bewilligung erforderlich ist; ferner, dass die Handhabung und Durchführung der Bestimmungen über die Erhaltung und Räumung der Kanäle, sowie über die Instandhaltung der Anlage zur Benutzung der Gewässer überhaupt in vollem Umfange der politischen Behörde zustehe. — Von Wichtigkeit ist die allen Landes-Wasserrechtsgesetzen gemeinsame Strafbestimmung, wonach Uebertretungen der das Wasserrecht regelnden Gesetze, sowie der zur Ausführung derselben erlassenen Verordnungen und Verfügungen, soweit diese Uebertretungen nicht unter ein sonstiges Strafgesetz fallen, von der zuständigen politischen Behörde mit einer Geldstrafe von 5 bis 150 fl., eventuell mit entsprechender Freiheitsstrafe zu bestrafen sind; ferner die Bestimmung, dass in allen Fällen, wo das Gesetz durch eine Handlung oder Unterlassung übertreten worden ist, der Schuldige, abgesehen von der verwirkten Strafe und der Ersatzpflicht gegen Beschädigte, auf seine Kosten die eigenmächtig vorgenommene Neuerung beseitigen oder die unterlassene Arbeit nachholen muss, wenn der dadurch Gefährdete oder Verletzte es verlangt, oder das öffentliche Interesse es erheischt. Es handelt sich hierbei auch um die Benutzung oder Veränderung von öffentlichen und Privatgewässern, wodurch eine Verunreinigung des Wassers, wie Rückstau oder eine Versumpfung fremder Grundstücke verursacht werden kann; es kommen auch nicht nur die grösseren Wasserläufe in Betracht, sondern ebenso alle kleineren Gewässer, Bäche, Gräben und Rinnsale, die als Ablagerungsstätten von Schmutzstoffen dienen können und dazu benutzt werden.

Diese gesetzlichen Grundlagen spielen für die beaufsichtigende Tätigkeit der politischen Behörden, wie für die Sanierungsaufgaben der Gemeinden grade in Oesterreich eine besondere Rolle, weil hier die Fluss- und Bachläufe von jeher die Rezipienten für alle ungereinigten Abwässer der Grundstücke, gewerblichen Anlagen und Ortschaften in ausserordentlichem Masse gewesen sind und es auch heute noch sind, wenn auch durch landesgesetzliche Verordnungen auf Grund eines Erlasses des Ministeriums des Innern vom 19. März 1890 dafür gesorgt ist, dass wenigstens bei Neukonzessionierung gewerblicher Anlagen die Bewilligung nicht eher erteilt wird, bis durch Sachverständige das zur Unschädlichmachung der Abwässer einzurichtende Verfahren geprüft und gutgeheissen worden ist; im all-



gemeinen sollen solche Abwässer, welche zersetzungsfähige bzw. gesundheitsnachteilige Stoffe enthalten, in stagnierende Gewässer gar nicht, in fliessende Gewässer nur nach entsprechender Unschädlichmachung und wirksamer Klärung eingeleitet werden. Diese Prüfung sowohl wie die Kontrolle der durchzuführenden Reinigungsvorschriften ist den zuständigen Behörden dadurch erschwert, dass ihnen die Einrichtungen und Mittel fehlen, um derartige Untersuchungen sachgemäss vornehmen lassen zu können. Man hat vorgeschlagen, die in den letzten Jahren errichteten öffentlichen Untersuchungsanstalten für Lebensmittel zu diesem Zwecke heranzuziehen.

Die Enquêten, welche seit 1900 wiederholt über den Stand der Abwässerbeseitigung in den österreichischen Kronländern angestellt worden sind, haben ergeben, dass sich auch auf diesem Gebiete während des letzten Jahrzehnts eine sehr rege Tätigkeit der Gemeinden entwickelt hat, es gilt dies vornehmlich von der Verbesserung und Erweiterung bestehender, sowie von der Einrichtung neuer Kanalisationsanlagen. In welchem Umfange und in welcher Art städtische und ländliche Gemeinden bis zum Jahre 1900 kanalisiert worden bzw. mit Ausführung projektierter Anlagen beschäftigt sind, geht aus den sehr eingehenden Mitteilungen hervor, welche sich in dem betreffenden Abschnitte einer die „Assanierungsfortschritte in Oesterreich“ betitelten Abhandlung in No. 26 bis 37 und 41 bis 48 der Zeitschrift „Das österreichische Sanitätswesen“ befinden und nicht nur über die Beseitigung der Niederschlags- und Abwässer, sowie der Fäkalien durch Kanalisation, sondern bezüglich der Fäkalien auch über die sonstige Art ihrer Beseitigung Auskunft geben. Es geht aus diesen Mitteilungen hervor, dass am meisten diejenigen Kanalisationsanlagen vertreten sind, welche ausschliesslich zur Ableitung der Meteor- und Spülwässer dienen, während sowohl Kanalanlagen, die auch die flüssigen Fäkalien abführen, wie solche Anlagen, welche eine vollkommene Schwemmkanalisation mit Einleitung sämtlicher Fäkalien darstellen, weniger und meist auch nur in den grösseren Ortschaften vorhanden sind. Verhältnismässig nur in seltenen Fällen sind die allgemeinen Kanalisationsanlagen der Ortschaften gleichzeitig mit Kläranlagen verbunden, wobei es sich ebenso wie bei den meisten Entwässerungsvorrichtungen gewerblicher Anlagen vorherrschend um Sedimentier- und Klärbassins mit oder ohne Anwendung von Chemikalien, wie Kalk, Eisen-, Aluminiumsalzen usw., handelt. Klärung der Abwässer durch Berieselung ist bisher nur für



industrielle Abwässer zur Anwendung gelangt, und wird jetzt für solche Fälle vielfach bevorzugt. Das Degenersche Kohlebreiverfahren und das Röckner-Rothesche Klärsystem finden sich bisher nur vereinzelt vor. Auch das biologische Verfahren hat bisher nicht annähernd die Verbreitung gefunden wie in Deutschland, nimmt aber die Aufmerksamkeit der Kommunen in steigendem Masse in Anspruch. Ebenso findet das für Zuckerraffinerieabwässer angewendete v. Proskowetzsche Verfahren zunehmende Beachtung.

Von den in den letzten Jahren projektierten biologischen Kläranlagen ist 1903 die mit der Schwemmkanalisation der Stadt Witkowitz (Bezirk Mährisch-Ostrau) verbundene Anlage in Betrieb gesetzt worden. Mittels des neuerbauten Kanalsystems werden sämtliche Niederschlags- und Hauswässer einschliesslich der Fäkalien der 15500 Einwohner zählenden Stadt abgeleitet und nach erfolgter Reinigung dem Ostrawitzaflusse zugeführt.

Die Kläranlage besteht aus 4 Sedimentierbassins, in welchen die Kanalwässer von den grobmechanischen Verunreinigungen befreit werden; jedes Bassin hat einen Inhalt von 495 cbm; der Gesamtinhalt aller Bassins mit 1980 cbm entspricht der 24stündigen Brauchwassermenge. Die Bassins sind mit dem Hauptkanale und untereinander derart verbunden, dass sie gleichzeitig oder einzeln in Betrieb gesetzt werden können.

Die ganze Anlage funktioniert selbsttätig und bedarf keiner weiteren Ueberwachung als nur der Kontrolle des Reinigungseffektes. Im Betriebe haben sich bald die 4 Absatzbassins als zu gross herausgestellt, indem das Kanalwasser länger als 24 Stunden darin verblieb und zu faulen begann; es war daher notwendig, gleichzeitig nur 1 bis 2 dieser Bassins einzuschalten. Nach den wiederholt vorgenommenen chemischen und bakteriologischen Untersuchungen des aus der Kläranlage klar und geruchlos ausfliessenden Wassers beträgt der bakteriologische Reinigungseffekt 95—96 pCt. und die Herabsetzung der Oxydierbarkeit 80—97 pCt.

Nachdem in den letzten Jahren die Kanalisierung der mährischen Landeshauptstadt Brünn durchgeführt ist, auch gleichzeitig umfassende Vorstudien in einer Versuchskläranlage nach dem Prinzipe der einfachen mechanischen Sedimentierung gemacht worden sind, ist nunmehr die Ausführung einer derartigen, für ein Abwässerquantum von 500 Sekundenlitern berechneten Reinigungsanlage beschlossen und in Ausführung genommen worden. Vorgesehen sind eine Einlaufkammer,



10 Klärbecken von je 4 m Breite und 54 m Länge im Gefälle von 1 : 100, eine Ableitungskammer, eine Desinfektionskammer, ein Vakuumhaus und eine Schlammgrubenanlage im Umfange von 11054 qm, berechnet für die ermittelte jährliche Schlammmenge von 14600 cbm. Auf die eventuelle Vergrösserung der Anlage und die Kombinierung der Sedimentierung mit einem anderen, eine weitere Reinigung der Abwässer verbürgenden Verfahren ist bei Bemessung des Grundkomplexes Bedacht genommen worden.

Eine ähnliche Anlage ist von der Bezirksvertretung in Teplitz (Böhmen) für die Stadt Teplitz und alle am Saubach und Flössbach gelegenen Gemeinden mit einer Gesamtseelenzahl von 65200 Einwohnern in Angriff genommen. Ein Hauptsammelkanal, welcher am Neubade in Teplitz beginnt, nimmt die Abwässer auf, führt dieselben durch eine in der Gemeinde Welboth angelegte Kläranlage, und demnächst dem Bielaflusse zu, wobei für alle Ortschaften, mit Ausnahme der Stadt Teplitz-Schönau, ein Trennsystem zur Durchführung gelangt. Von der projektierten Kläranlage werden zunächst nur die Sedimentierkammern in der Art und dem Umfange errichtet, dass einer späteren Ausgestaltung der Anlage zu einer vollständigen Kläranlage nichts im Wege steht. Die Abwässer werden in einen Sandfang eingeleitet und nach Beseitigung der Schwimmstoffe durch Gitter in einen Verteilungskanal, sodann in 4 Sedimentierkammern. Diese letzteren sind gegen eine durchziehende Schlammrinne geneigt, aus welcher mittels Rohrleitung durch eine Dampfschlammpumpe der angesammelte Schlamm in eine neben der Kläranlage befindliche Schlammgrube übergeführt wird. Die definitive Reinigung der Abwässer soll späterhin in Oxydationskörpern erfolgen.

Das im Jahre 1893 aufgenommene Lindleysche Projekt einer systematischen Kanalisation der Landeshauptstadt Prag mit ihren Vororten ist im Laufe der Zeit derart gefördert worden, dass im Jahre 1901 bereits mit der Sedimentierungskläranlage in Bubené begonnen werden konnte. Die gesamte für ein von 1200000 Seelen bewohntes Gebiet berechnete Kläranlage sieht 3 Gruppen von Klärbassins mit den entsprechenden Zuleitungs- und Ableitungsgalerien für je ein Gebiet von 400000 Seelen vor. Bei der Besichtigung der Anlage durch den Referenten waren 10 Klärbassins mit Galerien bereits erbaut, die Rohrleitungen unter dem Flosskanal zur Beförderung des Schlammes auf die Kaiserinsel, sowie für die Ableitung der gereinigten Wässer gelegt, der grosse Sandfang in der Anlage selbst, und die Schlamm-



becken auf der Kaiserinsel fertiggestellt. Eine nähere Beschreibung der ganzen Kläranlage ist zur Zeit noch nicht möglich; jedenfalls wird sie eine der grössten Anlagen dieser Art in Oesterreich werden und in Anbetracht ihrer Ausdehnung wahrscheinlich auch einmal zur Lösung der Frage der Schlammverwertung beitragen.

D. Nahrungsmittelbeaufsichtigung.

Eine reichsgesetzliche Regelung des Nahrungsmittel- etc. Verkehrs und dessen Beaufsichtigung ist in Oesterreich verhältnismässig sehr spät, nämlich erst durch das am 14. Oktober 1898 in Kraft getretene Lebensmittelgesetz vom 16. Januar 1896 erfolgt, allerdings in einer Weise, welche — die Mitwirkung der Landesgesetzgebung und der autonomen Körperschaften mit Bezug auf die Handhabung der Lebensmittelpolizei vorausgesetzt — eine wohltätige und wirksame Durchführung dieser sanitären Massregel erwarten lässt. Bis zum Erlasse dieses Gesetzes stand die Ausübung der Lebensmittelpolizei nach dem Reichssanitäts- und dem Gemeindegesetze ausschliesslich den Gemeinden zu, welche in der Lage waren, nach eigenem Ermessen, Umfang und Art der Kontrolle durch ortspolizeiliche Vorschriften zu bestimmen. Von besonderer Wichtigkeit war es daher, in das Lebensmittelgesetz auch die eine staatliche Beaufsichtigung regelnden Bestimmungen aufzunehmen. Es ist dies jedoch nur in einem Masse geschehen, wodurch der Mitwirkung und Tätigkeit der autonomen Landesverwaltung auch auf diesem Gebiete der weiteste Spielraum und die für die praktische Durchführung des Gesetzes wichtigsten Befugnisse überlassen werden. Nach § 2 des Gesetzes gelten als Aufsichtsorgane die Organe der politischen Behörden bzw. die Magistrate der Städte mit eigenem Statut, insbesondere die landesfürstlichen Bezirksärzte, sowie jene Organe der autonomen Körperschaften, welche hierzu durch die Landesgesetzgebung bestimmt sind. Auch kann die Regierung, jedoch nur nach Einholung des Gutachtens des betreffenden Landtages, besondere landesfürstliche Aufsichtsorgane bestellen, welche der politischen Landesbehörde unterstehen. Der Landesgesetzgebung bleibt es überlassen, zu bestimmen, welche autonomen Körperschaften besondere und beeidete Organe für die Handhabung der Gesundheits- und der Lebensmittelpolizei zu bestellen haben. Es sind nur solche Organe mit dem Aufsichtsdienste zu betrauen und zu beeiden, welche eine für denselben zureichende fachliche Befähigung nachgewiesen haben; der Regierung bleibt es vor-



behalten, zu bestimmen, in welcher Weise der Nachweis der fachlichen Befähigung zu erbringen ist. Die Einheitlichkeit der Ueberwachung des Lebensmittelverkehrs ist abgesehen davon, dass die Organisation des Ueberwachungsdienstes besonderen Landesgesetzen überlassen bleibt, leider auch dadurch in Frage gestellt, dass nach einer weiteren Bestimmung des § 2 der gesetzliche Wirkungskreis der Verwaltung der mit Gesundheits- und Lebensmittelpolizei betrauten autonomen Körperschaften durch das Lebensmittelgesetz nicht eingeschränkt wird. Es können daher, sofern die Landesgesetze die früheren autonomen Einrichtungen nicht aufheben, neben den staatlichen Organen auch die verschiedenen autonomen Organe in Funktion bleiben, welche unabhängig von jenen den Ueberwachungsdienst auszuüben berechtigt sind.

Die bisher erlassenen Landesgesetze bestimmen, dass besondere und beeidete Organe zu bestellen haben:

1. Städte mit eigenem Statut,
2. Gemeinden, welche als Kurorte mit eigenen Kurstatuten versehen sind,
3. Gemeinden mit wenigstens 5000 Einwohnern.

Auch Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern, sofern sie als Wallfahrtsorte, Kurorte, Industrieorte oder Verkehrszentren von Bedeutung sind, kann vom Landesausschuss dieselbe Verpflichtung auferlegt werden.

Das Lebensmittelgesetz hat, abgesehen von den noch zu erörternden staatlichen Untersuchungsanstalten zur Sicherung der für die Einrichtung und den Betrieb solcher Anstalten überhaupt erforderlichen fachwissenschaftlichen Informationen der Regierung einen aus Vertretern der einschlägigen wissenschaftlichen Disziplinen zusammengesetzten ständigen Beirat vorgesehen, dessen begutachtende Tätigkeit durch die ministerielle Verordnung vom 3. April 1897 festgelegt ist. Seiner Begutachtung sind unterzogen:

die Grundsätze für die Bestellung und Ausstattung der staatlichen Untersuchunganstalten;

die Bestimmung des Wirkungkreises der staatlichen und der denselben gleichgestellten sonstigen Untersuchungsanstalten;

die Vorschreibung von Methoden für Untersuchungen, welche behufs Erzielung einwurfsfreier Resultate ein gleichartiges Vorgehen erheischen;



die Erlassung von Instruktionen betreffs des Betriebes und der inneren Gebarung der vorgedachten Anstalten;
die Feststellung der Gebührentarife für Untersuchungen;
die Zulassung von Privatpersonen zum gewerbsmässigen Betriebe der technischen Untersuchung von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen.

Der Beirat hat auch über die Erfordernisse hinsichtlich der fachlichen Befähigung der für den Aufsichtsdienst zu beeidenden Organe, dann über die Erfordernisse hinsichtlich der wissenschaftlichen und praktischen Befähigung der an den Untersuchungsanstalten zu bestellenden Fachmänner, sowie über die Art, wie der Befähigungsnachweis zu liefern ist, Anträge zu stellen und bei der Bestellung besonderer landesfürstlicher Aufsichtsorgane, sowie der Fachmänner an den staatlichen Untersuchungsanstalten sein Gutachten zu erstatten.

Der Beirat besteht aus dem Vorsitzenden und mindestens zehn Mitgliedern; als ordentliche Mitglieder kraft ihres Amtes gehören ihm der Referent für die Sanitätsangelegenheit und der administrative Referent im Ministerium des Innern an; die übrigen Mitglieder, zu welchen mindestens 3 Mitglieder dem Obersten Sanitätsrat zu entnehmen sind, werden vom Minister des Innern ernannt. Den Beratungen können auch ausserordentliche Mitglieder von Fall zu Fall zugezogen werden.

Ein gewisser Dualismus, welcher der Sache nicht förderlich ist, wird dadurch bedingt, dass dieser Beirat nicht gleich dem Obersten Sanitätsrat angegliedert worden ist, zumal von diesem Fachkollegium bereits ein ständiges Fachkomitee für Lebensmittelkontrolle ressortiert, dessen Aufgabe es ist, die Produktion der Lebensmittel, der diätetischen und kosmetischen Artikel und anderer Gebrauchsgegenstände, sowie den Verkehr mit denselben in ihren Beziehungen zur Sanität zu prüfen, auch die Grundlagen für die betreffenden Sanitätsverordnungen vorzuberaten. Die zur technischen Untersuchung von Lebensmitteln bestimmten Anstalten sind:

1. Allgemeine staatliche, welche nach Bedarf errichtet werden und unmittelbar dem Ministerium des Innern unterstehen, das den Wirkungskreis derselben zu bestimmen, einheitliche Untersuchungsmethoden vorzuschreiben, sowie den gesamten Betrieb einschliesslich des Gebührentarifs festzustellen und zu regeln hat.

Die bisher errichteten allgemeinen staatlichen Anstalten, 5 an der Zahl, sind den hygienischen Instituten der Universitäten in Wien,



Prag (2, an der deutschen und an der tschechischen Universität), Graz und Krakau angegliedert worden.

Der Amtsbezirk der Wiener Anstalt umfasst: Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Voralberg, die Stadt Innsbruck, sowie eine Anzahl von politischen Bezirken in Tirol.

Die Prager Anstalten: Böhmen, Mähren und Schlesien.

Die Grazer Anstalt: Steiermark, Kärnten, Krain, Görz-Gradisca, Istrien, Triest, Dalmatien und jene Städte mit eigenen Statuten, sowie die politischen Bezirke in Tirol, welche der Wiener Anstalt nicht zugewiesen sind.

Die Krakauer Anstalt: Galizien und die Bukowina.

2. Spezielle staatliche Untersuchungsanstalten, welche sich mit der technischen Untersuchung einzelner Gattungen von Lebensmitteln oder Gebrauchsgegenständen der im Reichsgesetz bezeichneten Art zu befassen haben. Sie werden vom Ministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Justizministerium und denjenigen Ministerien, welchen diese Anstalten unterstehen, als staatliche Spezial-Untersuchungsanstalten für den betreffenden Artikel anerkannt. Es ist dies bisher geschehen bezüglich:

1. der K. K. landwirtschaftlich-chemischen Versuchsstation in Wien für die Untersuchung aller Gattungen von Lebensmitteln mit Ausnahme von Fleisch und Fleischwaren, ferner für die Untersuchung von Petroleum;
2. die K. K. physiologisch-chemische Versuchsstation in Klosterneuburg für die Untersuchung von Wein, Obstwein, Branntwein und sonstige Spirituosen, Most und anderen Fruchtsäften, Bier, Meth, Honig, Essig, frischem und konserviertem Obste und Hefe;
3. die K. K. landwirtschaftlich-chemischen Versuchsanstalten in Görz und
4. in Spalato für die Untersuchung der unter 2 genannten Artikel, dann für die Untersuchung von Milch und Molkereiprodukten, Speisefetten und Oelen, sowie von Petroleum.

Diese Spezialanstalten sind gutachtlich nur zuständig für solche Fälle, wo die Gesundheitsschädlichkeit eines zur Untersuchung gelangenden Lebensmittels- oder Gebrauchsgegenstandes eine offenkundige ist, oder bezüglich dessen durch Gesetz oder Verordnung ganz bestimmte Normen für die Beurteilung der Gesundheitsschädlichkeit festgestellt sind; in allen anderen Fällen hat die Spezialunter-

suchungsstelle den Untersuchungsfall an die zuständige allgemeine staatliche Anstalt zu leiten.

Abgesehen von den beiden Kategorien staatlicher Untersuchungsanstalten können einzelne, im Staatsdienste stehende hervorragende Fachmänner vom Ministerium des Innern im Einvernehmen mit der betreffenden Dienstbehörde mit der selbständigen Ausführung technischer Untersuchungen und der Ausstellung von schriftlichen Befunden und Gutachten, gegebenenfalles auch über die Gesundheitsschädlichkeit von Gegenständen betraut werden.

(Verordnung der Ministerien des Innern, der Justiz, der Finanzen und des Ackerbaues vom 13. Oktober 1897.)

Ueber die von Gemeinden, Bezirken oder Ländern errichteten Untersuchungsanstalten bestimmt das Reichsgesetz, dass dieselben hinsichtlich ihres Wirkungskreises unter der Bedingung den staatlichen gleichzustellen sind, dass das deren Errichtung und Leitung betreffende Statut den für die staatlichen Anstalten aufgestellten Normen entspricht und von der Regierung unter ausdrücklicher Anerkennung dieser Bestimmung genehmigt worden ist; die Regierung ist befugt, diese Anerkennung zu entziehen, sofern die Anstalten ihrem Zwecke nicht entsprechen. Die mit der Ausstellung von Gutachten betrauten Fachverständigen an diesen Anstalten sind von der Regierung zu beeidigen und haben sich bei der Ausführung von Untersuchungen der von ihr jeweilig festgesetzten Untersuchungsmethoden zu bedienen. Den autonomen Körperschaften ist es hiernach überlassen, wie sie ihre Anstalten einrichten und welche Anforderungen sie an die zu bestellenden wissenschaftlichen Beamten stellen wollen.

Was die Obliegenheiten und Rechte der staatlichen Untersuchungsanstalten anbetrifft, so sind sie verpflichtet, sowohl auf Verlangen der mit der Handhabung des Reichsgesetzes betrauten Behörden und Organe, sowie der Gerichte, als auch auf Ansuchen von Privatpersonen die Untersuchung der in den Rahmen des Gesetzes fallenden Gegenstände vorzunehmen und hierüber Befund und Gutachten abzugeben; sie sind ebenso wie die autonomen Anstalten, deren Statut von der Regierung anerkannt wurde, berechtigt, Revisionen der Geschäfte und Probenentnahme auszuführen, wenn sich die Notwendigkeit dazu im Laufe der Untersuchung ergibt, oder wenn sie von einer politischen Behörde oder einer Gemeinde ihres Amtsbereichs zur Entnahme von Proben angegangen wird, eine Berechtigung, welche nicht nur im gegebenen Falle eine zuverlässigere Unterlage für die Beurteilung der



Sache schafft, als dies durch die Tätigkeit untergeordneter Aufsichtsorgane möglich ist, sondern auch den wirklich fachtechnisch geschulten Anstaltsbeamten eine gewisse Kontrolle über die Tätigkeit jener Aufsichtsorgane ermöglicht.

Um die gewerbsmässig betriebene Untersuchung von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen durch private Experten, sowie deren Ausbildung unter eine staatliche Kontrolle zu stellen, bestimmt das Reichsgesetz endlich, dass solche Personen, welche die Untersuchung gegen Entgelt zu betreiben beabsichtigen, hierzu einer besonderen Bewilligung des Ministeriums des Innern bedürfen, welches fallweise über die Zulassung von Bewerbern zn dem beabsichtigten Geschäftsbetriebe und dessen Umfang zu entscheiden und die Bedingung für die Ausübung desselben vorzuschreiben hat.

Auf Grund der den beteiligten Ministerien zustehenden Berechtigung zum Erlasse von Vorschriften zum Schutze der Gesundheit sind nicht nur ältere, vor Inkrafttreten des Lebensmittelgesetzes erlassene Vorschriften auch weiterhin zur Geltung gebracht, sondern auch eine Reihe neuer Verordnungen getroffen worden, welche Herstellung und Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln betreffen. Dagegen sind Vorschriften über den Nachweis der fachlichen Befähigung der zu beeidigenden Aufsichtsorgane, sowie Vorschriften für das Vorgehen der Aufsichtsorgane bei der Revision und Probeentnahme und über die Berechtigung der verschiedenen Kategorien dieser Organe zur selbständigen Vornahme von Untersuchungen und Ausstellung von Befunden und Gutachten noch nicht ergangen. In denjenigen Gemeinden, welche die Marktpolizei organisiert haben, bestehen hier und da Einrichtungen, welche eine Ausbildung und Prüfung der sogenannten Marktkommissäre ermöglichen; allerdings nicht im Anschluss an die allgemeinen staatlichen Untersuchungsanstalten, welche nach der Verordnung vom 13. Oktober 1897 auch der Ausbildung dieser Aufsichtsorgane durch Veranstaltung von Unterrichtskursen dienen sollen. Das Markt-Polizei-Departement der Stadt Wien hat für die Abhaltung solcher Kurse durch 3 Fachlehrer, welche über die Fleischbeschau, die pflanzlichen Nahrungs- und Genussmittel, sowie über die Ausführung chemischer Untersuchungen unterrichten, gesorgt. Auch in dem städtischen, unter staatlicher Kontrolle stehenden Nahrungsmittelamte in Triest, dessen Leitung dem Stadtphysikate übertragen ist, findet Unterricht und Prüfung der als Marktkommissare anzustellenden Personen statt.



In Graz werden als Marktkommissare vornehmlich ehemalige Tierärzte, Chemiker und Pharmazeuten angestellt; dieselben müssen sich vorher einer Prüfung unterziehen, die von dem Schlachthausdirektor, Marktkommissariatsvorstande und dem Stadtphysikus unter dem Vorsitze des Amtsdirektors, d. h. des Leiters des Stadtrats abgenommen wird. Nachdem die staatliche Untersuchungsanstalt in Graz im Herbst 1904 in Verbindung mit dem hygienischen Institute neu eingerichtet worden ist, soll nunmehr mit Unterrichtskursen für die Aufsichtsorgane der Marktpolizei in dieser Anstalt begonnen werden.

Solange die Lebensmittelkontrolle auf die gelegentlichen Wahrnehmungen der Gemeindeärzte und die Tätigkeit ungeprüfter Marktorgane angewiesen bleibt, wird die praktische Durchführung und die Wirksamkeit des Lebensmittelgesetzes die erwarteten Erfolge nur sehr spärlich zeitigen. Auf eine einigermassen wirksame Handhabung dieser Kontrolle, wie überhaupt der Lebensmittelpolizei durch die anderweitig völlig in Anspruch genommenen und belasteten Bezirksärzte ist jedenfalls nicht zu rechnen. Der Landesausschuss des Königreichs Böhmen macht seinen Einfluss auf die Gemeinden dahin geltend, dass die Oberaufsicht über den Verkehr mit Lebens- und Genussmitteln gegen einen angemessenen Ersatz den Gemeinde- und Distriktsärzten übertragen werde, denen Gemeindeaushilfsorgane zur Seite zu stellen sind; diesen Aerzten soll zum Zwecke ihrer Ausbildung in der Prüfung von Lebensmitteln Gelegenheit gegeben werden, sich an den bei den staatlichen Untersuchungsanstalten einzurichtenden Fachkursen zu beteiligen.

Durch die Verordnung des Ministeriums des Innern und des Ministeriums für Kultus und Unterricht vom 13. Oktober 1897 hat auch eine Regelung des Studien- und Prüfungswesens für Lebensmittelexperten stattgefunden, und zwar um dem Bedarfe an Fachverständigen zu genügen, welche die wissenschaftliche und praktische Befähigung zur selbständigen Besorgung der Aufgaben besitzen, die im Reichsgesetze den dort vorgesehenen öffentlichen Untersuchungsanstalten gestellt sind. Zu dem Spezialstudium werden nur solche Kandidaten zugelassen, welche die erforderliche Vorbildung durch Ablegung einer Qualifikationsprüfung über Chemie, Physik und Botanik nachgewiesen haben. Diese Qualifikationsprüfung kann auch durch anderweitige Prüfungsnachweise, für welche Chemie das Hauptfach ist, ersetzt werden, so dass als Lebensmittelexperten im wesentlichen



Pharmazeuten, Doktoren der Chemie, Lehramtskandidaten und Ingenieurchemiker in Frage kommen. Das spezielle Fachstudium der Lebensmittelchemiker umfasst: mindestens zwei Semester an der medizinischen Fakultät einer Universität, sowie zwei Semester Praxis an einer allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel. Für die Ausbildung der Lebensmittelexperten ist hiernach in allgemein naturwissenschaftlicher und fachtechnischer Beziehung in vollkommenstem Masse Sorge getragen.

Die volle Wirksamkeit der in ihren wesentlichen Grundzügen vorzüglichen neuen Nahrungsmittelgesetzgebung in Oesterreich hat allerdings noch die Vermehrung der staatlichen und von autonomen Körperschaften eingerichteten Untersuchungsanstalten, vor allem aber die Organisation des Ueberwachungs- und Exekutivdienstes, bzw. der eigentlichen Marktpolizei zur Voraussetzung.

E. Schulgesundheitspflege.

Die erste Grundlage für die Einführung der Schulgesundheitspflege in den österreichischen Kronländern hat die zur vollständigen Durchführung des Reichsvolksschulgesetzes von 1869 von dem Ministerium für Kultus und Unterricht unter dem 9. Juni 1893 erlassene Verordnung, betreffend die Feststellung der Bestimmungen über die Einrichtung der Schulhäuser der öffentlichen Volks- und Bürgerschulen und über die Gesundheitspflege in diesen Schulen gebildet: letzterer Abschnitt der Verordnung behandelt Temperatur, Lüftung, Reinhaltung und Belichtung der Schulräume, Beschaffenheit der Lehr- und Lernmittel, Schulzeit, Hausaufgaben, Stundenpläne, körperliche Haltung und Entwickelung, Reinlichkeit und natürliche Bedürfnisse der Schulkinder. Die Verordnung macht es ferner den Lehrern zur Pflicht, sich mit den Grundsätzen der Gesundheitslehre bekannt zu machen und auch dahin zu wirken, dass die Kenntnis derselben im Hause verbreitet werde; die Verordnung überträgt die Ueberwachung der Bestimmungen den Orts-, Bezirks- und Landesschulbehörden und sieht, abgesehen von der sanitären Kontrolle durch die Amtsärzte, bei jeder Bezirksschulbehörde die Bildung einer besonderen ständigen Kommission für die Schulgesundheitspflege vor, welcher der Amtsarzt und der Bezirksschulinspektor als ständige Mitglieder angehören, ausserdem ein alle 3 Jahre aus dem Bezirksschulrate zu wählendes Mitglied. Alle diese Bestimmungen wurden teils unverändert, teils



den bestehenden örtlichen Verhältnissen angepasst in sämtlichen von den einzelnen Kronländern erlassene Verordnungen aufgenommen.

Eine Revision dieser Bestimmungen fand aus Anlass einer Prüfung des dem obersten Sanitätsrate von dem Landesschulrate in der Bukowina vorgelegten Entwurfes einer die Schulgesundheitspflege betreffenden Verordnung statt. Dieser den Fortschritten der Hygiene entsprechend umgearbeitete und ergänzte Entwurf wurde der für die Bukowina im Jahre 1890 erlassenen Verordnung zu Grunde gelegt, fand aber, obwohl letztere Verordnung mittels Ministerial-Erlasses allen übrigen Landesbehörden mitgeteilt wurde, bisher keine weitere Berücksichtigung. Aus der nach jeder Richtung hin tadellosen Verordnung für die Bukowina sind besonders die auf die amtsärztliche Mitwirkung bezüglichen Bestimmungen hervorzuheben, wonach die landesfürstlichen Bezirksärzte allen Verhandlungen der Bezirksschulräte ihres Bezirkes, welche die Schulgesundheitspflege und die physische Entwickelung der Schüler betreffen, beizuziehen oder zur Erstattung von Fachgutachten über alle genannten Gegenstände aufzufordern sind; ebenso sind die Bezirksärzte berechtigt, aus eigenem Antriebe Anträge beim Bezirksschulrate einzubringen. Alle Erlasse, welche die Schulgesundheitspflege betreffen, sind dem Bezirksarzte regelmässig mitzuteilen, ebenso wie die Beschlüsse der genannten Körperschaften in allen Angelegenheiten, bei denen seine Mitwirkung stattgefunden hat. Da dem Bezirksarzte die Beaufsichtigung der Gesundheitsverhältnisse der Schüler und der hygienischen Verhältnisse der Schulen seines Bezirks obliegt, so steht ihm der Zutritt zu allen Schulräumen jederzeit frei. Ueber seine Wahrnehmungen berichtet der Bezirksarzt dem Schulleiter, nötigenfalls dem Bezirksschulrate. Etwaige Berichte der Bezirksärzte über den hygienischen Zustand der Schulen sind den Jahresberichten der Bezirks-Schulinspektoren beizulegen. Der Bezirksarzt ist schliesslich berechtigt, die Beseitigung von Missständen, deren Abstellung dringlich ist, in kurzem Wege gegen nachträgliche Genehmigung seines politischen Amtsvorstandes vorzulegen.

Für die staatliche sanitäre Beaufsichtigung der Schulen ist durch vorstehende Bestimmungen eine Grundlage geschaffen, die weit über die im § 94 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vorgesehene Mitwirkung und Befugnis des Kreisarztes in Preussen hinausgeht und besonders deswegen eine praktische Förderung der Schulgesundheitspflege in den Volks- und Bürgerschulen ermöglicht, weil sie die be-

aufsichtigende Tätigkeit des Amtsarztes mit derjenigen der örtlichen bzw. der Bezirksschulbehörde in dauernden engen Zusammenhang bringt. Dadurch, dass es in Preussen in allen Fällen erst der Vermittelung der Regierungsinstanz bedarf, um die Abstellung von Missständen herbeizuführen, werden zwischen den lokalen Organen der Sanitäts- und der Schulbehörde häufig genug Gegensätze geschaffen, welche ein verständnisvolles Zusammenwirken beider von vornherein auszuschliessen geeignet sind. Auch soweit in Oesterreich der eigentliche schulärztliche Dienst in grösseren Gemeinden bereits geregelt ist, oder, wie wir sehen werden, durch Heranziehung der Gemeinde- und Distriktsärzte demnächst noch geregelt werden wird, bleibt den Amtsärzten selbst auf diesem engeren Gebiete der Schulgesundheitspflege ein dauernder Einfluss gesichert.

Es sei noch bemerkt, dass in einzelnen Kronländern Oesterreichs, wie in Mähren, in Tirol, schon durch wesentlich ältere Verordnungen die Mitwirkung der Amtsärzte bei Handhabung der Schulgesundheitspflege im Sinne obiger Ausführungen festgelegt worden ist.

Im Anschlusse an eine ministerielle Anweisung vom 15. September 1890, betreffend die Förderung der körperlichen Ausbildung der Schüler in den österreichischen Mittelschulen, wozu die Gymnasien, Realschulen, Lehrer- und Lehrerinnen-Bildungsanstalten, Handelsakademien und Fachschulen gehören, erging unter dem 12. März 1895 eine weitere, die Schulgesundheitspflege in diesen Schulen betreffende Verordnung, welche im besonderen die Fürsorge der Schuldirektionen lenkt auf die Belichtung, Temperaturregulierung und Ventilation der Schulräume, die körperliche Haltung der Schüler und die Beschaffenheit der Schulbänke, die Auswahl der Lehrmittel mit bezug auf das Sehvermögen der Schüler, die Reinhaltung der Schulgebäude in allen ihren Teilen, die Regelung des Stundenplanes mit bezug auf Uebermüdung, sowie der häuslichen Schularbeiten mit bezug auf Ueberbürdung der Schüler, endlich die Zuziehung eines hygienisch gebildeten Arztes bei Prüfung von Bauprojekten. In sanitärer Hinsicht wichtige Hinweise enthält auch die unter dem 12. Februar 1897 erlassene ministerielle Verordnung über den Turnunterricht an den Gymnasien, Realgymnasien und Realschulen.

Der Erwähnung bedarf endlich noch eine Verordnung vom 12. Januar 1891, betreffend die Einführung des Unterrichts für Gesundheitspflege im allgemeinen und über Schulhygiene in den Lehrer-



und Lehrerinnen-Bildungsanstalten, sowie die vorläufige Instruktion für die mit dem Unterrichte in der Somatologie und Schulhygiene an diesen Bildungsanstalten betrauten ärztlichen Dozenten vom 17. Dezember 1896.

Die in den einzelnen Kronländern während des Zeitraumes von 1875 bis 1890 erlassenen, im wesentlichen miteinander übereinstimmenden Verordnungen über Vorkehrungen gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten in den Schulen enthalten keine bemerkenswerten von den preussischen Vorschriften erheblich abweichenden Bestimmungen. Aus der im Jahre 1898 für die Bukowina erlassenen Verordnung ist eine Massregel hervorzuheben, wonach den Schülern das Mitnehmen von Schulrequisiten, welche sie während der Erkrankung, oder im Inkubations- und Rekonvaleszenzstadium einer infektiösen Krankheit benutzt haben, verboten ist, wenn diese Gegenstände vorher nicht vollständig desinfiziert worden sind; zur Desinfektion von Büchern und Heften wird längeres Belassen in der trockenen Hitze des gut geheizten Backofens empfohlen.

Die ständige gesundheitliche Ueberwachung der Schule und der Schüler durch ausschliesslich dafür bestellte Organe, nämlich durch eigentliche Schulärzte hat trotz des guten Beispiels, welches der Gemeinderat der Landeshauptstadt Troppau im Jahre 1897 durch Schaffung von 5 Schularztstellen gegeben hat, und trotz der mit dieser Einrichtung gemachten günstigen Erfahrungen, in den übrigen österreichischen Kronländern keine Nachahmung gefunden. Man hat sich in den grösseren Städten, wie dies in Wien schon seit 1895 der Fall ist, vorläufig damit begnügt, die Stadtärzte bzw. die städtischen Bezirksärzte unter der Einwirkung des Stadtphysikats als oberer begutachtender und Aufsichtsbehörde mit schulärztlichen Funktionen zu betrauen, und hat mit dieser Einrichtung bisher durchaus günstige Erfolge erzielt.

Da, wie schon an anderer Stelle bemerkt worden ist, die grösseren Städte Oesterreichs, in welchen der Gemeindesanitätsdienst von besonderen Stadtphysikaten aus geleitet wird, über die erforderliche Anzahl von Stadtärzten verfügen, hat die Uebertragung auch des schulärztlichen Dienstes auf diese Organe keine Schwierigkeiten verursacht; es ist daher erklärlich, dass sich das Bedürfnis zur Anstellung eigener Schulärzte noch nicht geltend gemacht hat. Der Umstand, dass die Stadtärzte innerhalb ihres Amtsbezirks die sanitären Verhältnisse im allgemeinen zu überwachen haben, gewährt ihnen viel-



mehr die Gelegenheit, die Kinder gegebenen Falles auch in ihrer Häuslichkeit zu beobachten und beispielsweise bei Infektionskrankheiten unter Kontrolle zu behalten, namentlich hinsichtlich der Durchführung der Desinfektionen in den Wohnungen. Man wird daher dieser Einrichtung gewisse Vorteile gegenüber der Anstellung von eigenen Schulärzten nicht absprechen können.

Anders liegt die Sache in den kleineren Städten und in den Landgemeinden. Hier liegt die Ueberwachung der schulgesundheitlichen Verhältnisse gegenwärtig im wesentlichen nur in den Händen der Amtsärzte, die günstigen Falles einmal im Jahre in die Lage kommen, jede der zu ihrem Bezirk gehörigen Schulen in Augenschein zu nehmen, wobei sie sich höchstens auf die Ermittelung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse beschränken können. Andererseits hat auch die den Gemeinden- bzw. Distriktsärzten instruktionsgemäss obliegende Mitwirkung bei der lokalen Schulgesundheitspflege keinen bemerkenswerten Nutzen gebracht, und zwar deshalb, weil diese Organe bei ihrer kärglichen Besoldung sich nicht die erforderliche Zeit zu einer regelmässigen und eingehenden Kontrolle der hygienischen Verhältnisse der Schulen und des Gesundheitszustandes der Schüler nehmen können, sich aber auch bei ihrer abhängigen Stellung scheuen, mit etwaigen, aus schulhygienischen Rücksichten gebotenen, mit Kosten verbundenen Anforderungen an die Gemeinden bzw. Ortsschulräte zu wenden. Da die finanzielle Lage der Gemeinden die Einrichtung besonderer Schularztstellen vorläufig noch lange nicht ermöglichen wird, wäre eine einigermassen ausreichende ständige schulärztliche Ueberwachung unbeschadet der staatlichen Oberaufsicht durch die Amtsärzte nur dadurch herbeizuführen, dass der schulärztliche Dienst in die bestehende Gemeindesanitätsorganisation derart eingegliedert wird, dass den Gemeindeärzten die wesentlichsten schulärztlichen Aufgaben gegen eine besondere Entlohnung übertragen werden. Nach dieser Richtung hin ist auch seitens einzelner politischer Landesbehörden bei den Gemeinden eine Anregung bereits erfolgt. Jedenfalls gewährt die Organisation des Gemeindesanitätsdienstes in Oesterreich die Möglichkeit, die Schularztfrage in wesentlich umfangreicherem Masse, als dies in Preussen der Fall ist, zu lösen.

F. Gewerbehygiene.

Die gewerblichen Angelegenheiten ressortieren vom Handelsministerium, dem in Angelegenheiten des durch das Gesetz vom



17. Juni 1883 eingeführten Gewerbeinspektionsdienstes der Zentral-Gewerbeinspektor als technisches Organ beigegeben ist. Ausserdem besteht als Sektion des Handelsministeriums das Gewerbestatistische Amt, welchem auch ein Arzt zugeteilt ist, da durch dieses Amt auch gewerbehygienische Fragen behandelt und Erhebungen angestellt werden.

Der staatliche Einfluss in gewerbehygienischer Beziehung beschränkt sich auf die Prüfung der genehmigungspflichtigen Betriebsanlagen nach der Richtung hin, ob durch die Einrichtung derselben keine Störung für die Umgebung erwachse und ob nicht etwa schon die Anlage der Arbeitsräume die Sicherheit des Lebens oder die Gesundheit der darin beschäftigten Personen gefährde (§ 26 der Gewerbegesetz-Novelle vom 15. März 1883); ferner auf die Prüfung und Kontrolle derjenigen Einrichtungen, welche mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Gewerbebetriebes oder der Betriebsstätte zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Hilfsarbeiter erforderlich sind (§ 74 des Abänderungs- und Ergänzungsgesetzes zur Gewerbeordnung vom 8. März 1885). Die Mitwirkung der Amtsärzte auf gewerbehygienischem Gebiete ist durch § 8 des Reichssanitätsgesetzes begründet, wonach dem landesfürstlichen Bezirksarzte die „Führung der Aufsicht über die Ausbildung gesundheitsgefährlicher Gewerbe“ obliegt. Nach der hierauf bezüglichen speziellen Instruktion für die Amtsärzte, welche die politischen Landesbehörden mit Genehmigung des Ministers des Innern erlassen haben, hat der Bezirksarzt bei Fabriken und bei gesundheitsgefährlichen Gewerben auf die Arbeitsräume in gesundheitlicher Beziehung und die besonderen Vorkehrungen gegen die Gesundheitsschädigung der Arbeiter nach den verschiedenen Gewerben, sowie auf zweckmässige Nahrung und Kleidung derselben zu sehen und geeignete Abhilfs- und Verbesserungsvorschläge zu machen. Ein Erlass des Ministeriums des Innern vom 3. Oktober 1885 weist ausdrücklich darauf hin, dass durch die Bestimmungen des § 5 des Gesetzes vom 17. Juni 1883, betreffend den Wirkungskreis der Gewerbeinspektoren, weder eine Aenderung, noch eine Einschränkung der den Bezirksärzten zugewiesenen Aufsicht über die Ausübung gesundheitsgefährlicher Gewerbe und der diesen Amtsorganen durch das Sanitätsgesetz übertragenen Obliegenheiten eingetreten ist.

In der höheren Instanz übt auch der dem Sanitätsdepartement bei den politischen Landesbehörden beigegebene Landessanitäts-Inspektor einen gewissen Einfluss auf gewerbehygienischem Gebiete aus, indem



er die Verpflichtung hat, in regelmässigen Zeiträumen sämtliche gewerblichen Anlagen des Landes zu revidieren, — eine Aufsichtsmassregel, welche in den deutschen Staaten, insbesondere in Preussen nicht vorgesehen, aber solange wenigstens von Wichtigkeit sein würde, als den Kreisärzten eine regelmässige Besichtigung der gesundheitsgefährlichen gewerblichen Betriebe ihres Bezirkes versagt bleibt. Die Thätigkeit der österreichischen Bezirksärzte zur Wahrung der öffentlichen gewerbehygienischen Interessen besteht zunächst bei dem vor Genehmigung gewerblicher Betriebsanlagen erforderlichen Verfahren in der fachtechnischen Prüfung der Projekte, eventuell in der Teilnahme an den örtlichen kommissionellen Verhandlungen sowie in der Mitwirkung bei allen sonstigen Verhandlungen in gewerblichen Angelegenheiten, in welchen sanitäre Momente in Betracht kommen. Dass seitens der politischen Behörden erster Instanz, in deren freies Ermessen die Genehmigung einer Betriebsanlage vom sanitäts- und gewerbepolizeilichen Standpunkte gestellt ist, die Zuziehung der Amtsärzte und die Einholung deren Fachgutachten nicht immer erfolgt, geht aus den zahlreichen Erinnerungen hervor, welche nach dieser Richtung hin in den letzten Jahren seitens der Statthalterei notwendig geworden sind. — Die Amtsärzte sind sodann nach dem Ermessen der Bezirkshauptmannschaft ohne weiteres in der Lage, sanitätspolizeiliche Revisionen der Betriebsanlagen in gegebenen Fällen vorzunehmen, vor allem aber auch gemäss der ihnen durch das Sanitätsgesetz zustehenden Aufsichtsbefugnis. Mit Rücksicht auf die zahlreichen Berührungspunkte, welche sich in Bezug auf die Erzielung und Erhaltung sanitärer Verhältnisse zwischen den Wirkungskreisen der Gewerbeinspektoren und der Amtsärzte ergeben, sind zwecks gemeinsamen Vorgehens bzw. gemeinsamer Vornahme der Revisionen die Gewerbeinspektorate von einzelnen Statthaltereien angewiesen worden, die politischen Behörden von beabsichtigten Revisionen von Fabriken und gewerblichen Betriebsanlagen behufs Verständigung der Amtsärzte rechtzeitig in Kenntnis zu setzen, wie auch letztere verpflichtet sind, sich wegen vorzunehmender Revisionen mit jener Behörde ins Einvernehmen zu setzen.

Während den Kreisärzten in Preussen der Zutritt zu den gewerblichen Anlagen selbständig und ohne weiteres nur gestattet ist, wenn es sich um die Ermittelung ansteckender Krankheiten handelt, in allen anderen Fällen, in denen die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit in Frage kommt, aber nur unter Zuziehung der Ortspolizei-



behörde oder des Gewerbeinspektors, ist die gewerbehygienische Tätigkeit des landesfürstlichen Bezirksarztes in Oesterreich vermöge der ihm reichsgesetzlich zustehenden Aufsichtsbefugnis eine wesentlich unbeschränktere; Exekutivbefugnisse stehen allerdings weder ihm noch dem Gewerbeinspektor zu.

G. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Auf dem vielgestaltigen Gebiete der Humanitätspflege in Oesterreich hat Referent sein Studium im wesentlichen auf die allgemeine Kranken- und Irrenpflege beschränken und alle diejenigen Einrichtungen übergehen müssen, welche die im allgemeinen aussergewöhnlich weitgehende, in einzelnen Ländern vorzüglich organisierte Wohlfahrtspflege für Gebärende, Findelkinder, mit körperlichen Gebrechen Behaftete und Sieche jeder Art geschaffen hat. Wer sich die Mühe gibt, einen Einblick in die organisatorische Tätigkeit der autonomen Landesverwaltungen allein in der gesamten Armenpflege Oesterreichs zu gewinnen, wird sehr bald zu der Ueberzeugung gelangen, dass es eines besonderen Studiums bedürfte, um sich in ausreichendem Masse über den Entwickelungsgang und die Fortschritte auf diesem Gebiete besonders während des letzten Dezenniums zu informieren. Mit allen Wohlfahrtsangelegenheiten steht die Armenpflege in engster Verbindung, indem sämtliche Einrichtungen und Veranstaltungen humanitärer Art im wesentlichen letzterer zu gute kommen, nirgends aber mehr als im Kranken- und Irrenwesen, dessen Organisation im grossen wie im kleinen von vornherein und stetig das Ziel verfolgt, den Gemeinden die Fürsorge für arme Kranke und Gebrechliche zu erleichtern und dieselbe teilweise oder gänzlich auf die breiten Schultern des Bezirksverbandes und der autonomen Landesverwaltung zu übertragen.

Krankenanstalten.

Die Krankenanstalten unterscheiden sich in allgemeine öffentliche und in Privatanstalten; zu letzteren gehören auch die ordensgenossenschaftlichen und Stiftungskrankenhäuser und selbst solche im Besitze von Gemeinden, so lange denselben nicht der Oeffentlichkeitscharakter erteilt worden ist; letzterer kommt nur jenen Anstalten zu, welchen derselbe durch ein Gesetz oder eine besondere Verordnung der Landesverwaltung zuerkannt worden ist. Die allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten, welche eigentliche Krankenheilanstalten sein und eine von der politischen Behörde genehmigte Verpflegungstaxe haben müssen,



haben den Zweck, Personen, welche mit einer heilbaren Krankheit behaftet sind, ohne Rücksicht auf ihre Zuständigkeit und Konfession für die Dauer der Krankheit ärztliche Hilfe und volle Verpflegung zu gewähren; es müssen hier alle Kranke Aufnahme finden, welche entweder mit einem, die dringende Notwendigkeit der Anstaltspflege bestätigenden ärztlichen Zeugnis in dieselben gebracht werden oder sich zur Annahme selbst melden; in beiden Fällen steht es dem Anstaltsarzte zu, auf Grund eigener Untersuchung über die Zulässigkeit der Aufnahme endgültig und unter eigener Verantwortung zu entscheiden. Wegen mangels der die Zuständigkeit oder Zahlungsunfähigkeit betreffenden Nachweise darf keinem Kranken die Aufnahme verweigert werden. Mit unheilbaren, wie auch mit chronischen Krankheiten behaftete Personen, welche einer ununterbrochenen ärztlichen Beaufsichtigung und einer fortdauernden Pflege nicht bedürfen und zu Hause oder in anderweitigen Anstalten Wartung und Pflege geniessen können, sind in der Regel von der Aufnahme in ein allgemeines öffentliches Krankenhaus auszuschliessen; ausnahmsweise können jedoch auch unheilbare Kranke und Sieche aufgenommen werden, wenn es sich um eine zeitweilig auftretende, eine besondere Behandlung erheischende Verschlimmerung ihrer Krankheit oder um eine anderweitige Erkrankung handelt.

Die allgemeinen öffentlichen Anstalten haben das Recht, Verpflegungskosten zu erheben. Sofern diese Kosten weder von den Verpflegten selbst oder von anderen zufolge allgemeiner oder spezieller Gesetze und Vorschriften, oder nach besonderen Verträgen, Stiftungsverbindlichkeiten, richterlichen oder administrativen Erkenntnissen und dergleichen zunächst ersatzpflichtigen physischen oder moralischen Personen eingebracht werden können, sind die Kosten den Anstalten aus dem Landesfonds jenes Kronlandes oder Verwaltungsgebietes, wohin der Verpflegte zuständig ist, und wenn die Zuständigkeit nicht ermittelt werden kann, aus welchem er in die Anstalt gebracht wurde, zu vergüten. Das für die Anstalt zuständige Kronland ist in allen Fällen zu dieser Vergütung verpflichtet, wenn es sich um nicht aufbringbare Verpflegungsgebühren für zahlungsunfähige Ausländer handelt.

(Auf einen Verpflegungsersatz aus Landesfonds haben die öffentlichen Gebär-, Findel- und Irrenanstalten Anspruch.)

Die allgemeinen öffentlichen Krankenhäuser haben sich aus den Erträgnissen ihres eigenen Vermögens, ihrer Stiftungen, aus den eingehenden Verpflegungskostenersätzen und aus sonstigen Zuflüssen



selbständig zu erhalten. Sie werden von den statutenmässig hierzu berufenen Organen verwaltet, unterliegen jedoch der stetigen Beaufsichtigung sowohl der politischen Behörden erster und zweiter Instanz wie des Landesausschusses. Die Oeffentlichkeitserklärung aller der nicht unter der staatlichen oder der Landesverwaltung stehenden Krankenanstalten, sondern der von Gemeinden, Bezirken, Korporationen oder einzelnen Stiftern errichteten ist von dem Nachweise des Bedürfnisses einer solchen Anstalt in der betreffenden Gegend des Landes abhängig. Bei der Beurteilung dieser Notwendigkeit sind namentlich die sanitären und Erwerbsverhältnisse, die Dichtigkeit der Bevölkerung, die Entfernung und Erreichbarkeit der nächstgelegenen allgemeinen öffentlichen Krankenhäuser und sonstige einschlägige Verhältnisse zu berücksichtigen, abgesehen von der Qualifikation der mit dem Oeffentlichkeitsrechte zu versehenden Anstalt hinsichtlich der örtlichen, baulichen, finanziellen und Betriebsverhältnisse.

Jedes öffentliche allgemeine Krankenhaus muss mit einem den landesgesetzlichen Verordnungen angepassten Statut versehen sein, das Bestimmungen zu enthalten hat über das Mass und die Art und Weise seiner Leistungen für die Kranken, über die Verwaltungsangelegenheiten, die Besorgung des ärztlichen und des Wartedienstes, die Vertretung der Anstalt nach aussen etc. Neben dem Statut muss die Anstalt mit den nötigen Instruktionen für das angestellte Personal und einer Hausordnung versehen sein. Dem Landesausschusse sind alljährlich ein sorgfältig geprüfter Rechnungsbelag, sowie der ärztliche Jahresbericht über die Erfolge der Heilpflege und über die ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit des Anstaltsleiters einzureichen. Alle die Verwaltung der Anstalt betreffenden Beschlüsse der Krankenhausverwaltung unterliegen der Genehmigung des Landesausschusses. Ebenso ist die Ernennung der ärztlichen Funktionäre von der im Einvernehmen mit der politischen Landesbehörde zu erteilenden Bestätigung des Landesausschusses abhängig.

Erfordernisse für die Ernennung zum leitenden, ordinierenden oder Primärarzte einer Anstalt sind das an einer inländischen Universität erlangte Doktorat der gesamten Heilkunde und entweder eine mindestens 2jährige Praxis als Sekundärarzt, Assistent oder Operateur in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhause oder einer anderen öffentlichen Humanitätsanstalt oder eine wenigstens 3jährige Verwendung im öffentlichen Sanitätsdienste oder in der ärztlichen Privatpraxis. Auch die Bestellung der Krankenhausverwaltungsbeamten



unterliegt der Bestätigung durch den Landesausschuss. Derselbe stellt endlich auf Grund der Rechnungsergebnisse die Verpflegungstaxe für 1 oder mehrere Jahre mit Zustimmung der Statthalterei fest. — Von den Humanitätsanstalten stehen nur noch die K. K. Krankenanstalten in Wien und das K. K. allgemeine Krankenhaus in Prag, für welche die landesgesetzlichen Verordnungen Niederösterreichs und Böhmens nicht massgebend sind, unter staatlicher Verwaltung; sie werden aus einem besonderen, aus alten Stipendien gebildeten Fonds unterhalten und von der Statthalterei in einem eigenen Departement verwaltet.

Die Errichtung von Privatheilanstalten jeglicher Art bedarf ebenso wie derjenige von privaten Kuranstalten, Heilbädern und Gesundbrunnen einer behördlichen Konzession, welche von der politischen Landesbehörde erteilt wird, nachdem letztere im Sinne des § 10 des Reichssanitätsgesetzes vorher das Gutachten des Landessanitätsrates eingeholt hat. Die für Einrichtung und Betrieb allgemeiner öffentlicher Heilanstalten massgebenden gesetzlichen und behördlichen Vorschriften finden auch auf die Privatanstalten Anwendung, wobei jedoch die speziellen Zwecke solcher Anstalten und die in denselben eventuell angewendeten besonderen Heilverfahren oder Behandlungsmethoden berücksichtigt werden. Eine Verpflichtung derselben, über ihren Bestimmungskreis hinaus Kranke aufzunehmen, besteht nicht; nur Gemeinden, welche private Krankenanstalten besitzen, können auf Grund einer Bestimmung des Heimatsgesetzes angehalten werden, in ihrem Gebiete erkrankte nach anderen Gemeinden zuständige Kranke aufzunehmen. Im Besitze von Gemeinden befindliche Privatspitäler haben nach den Bestimmungen des Heimatgesetzes auch bezüglich des Verpflegungskostenersatzes Anspruch auf die Beihilfe der politischen Behörden, was für die im Besitze von Privaten, Korporationen, Vereinen, geistlichen Orden usw. befindlichen Anstalten nicht der Fall ist; letztere haben bei der Aufnahme von nicht einheimischen Kranken so vorzugehen, dass sie zur Hereinbringung der aufgelaufenen Verpflegungskosten einer behördlichen Mitwirkung nicht bedürfen.

Was die Konzessionserteilung anbetrifft, so darf diese nach dem Ministerialerlass vom 2. März 1892 nur für solche Privatanstalten erfolgen, in denen die Behandlung nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen und nach genau dargelegten Methoden durchgeführt wird, und welche dementsprechend eingerichtet sind. Die Bewilligung der-



artiger Anstalten ist unter anderem an die Bedingung zu knüpfen, dass sich der Konzessionar bei etwaigen Ankündigungen über die Anstalt jedweder Berufung auf Kurmethoden, welche einen Gegensatz zu wissenschaftlichen Heilverfahren darstellen sollen, sowie auch marktschreierischer Anpreisungen enthalte. Anlässlich der beabsichtigten Errichtung von Heilanstalten, in denen ein neues Heilverfahren zur Anwendung kommen soll, ist die vorgängige Entscheidung des Ministeriums des Innern über die Zulässigkeit desselben einzuholen und erst hiernach mit der instanzenmässigen Entscheidung vorzugehen. Endlich müssen alle Heilanstalten, ebenso wie die Heilbäder unter der Leitung und verantwortlichen Ueberwachung eines zur Praxisausübung berechtigten Arztes stehen.

Es lässt sich nicht verkennen, dass die ganze Organisation des Krankenhauswesens in Oesterreich gegenüber derjenigen Preussens auf diesem Gebiete mannigfache erhebliche Vorteile aufweist. Von grosser Bedeutung ist zunächst, dass das Reichssanitätsgesetz auch diese Materie ausdrücklich regelt und einerseits der Staatsverwaltung in allen ihren Instanzen das Recht der Oberaufsicht über alle öffentlichen, wie privaten Heilanstalten, andererseits der Gemeinde im übertragenen Wirkungskreise das Recht der unmittelbaren sanitätspolizeilichen Ueberwachung der in der Gemeinde befindlichen privaten Heilanstalten zuspricht (§§ 2, 4 und 8 a. a. O.). Kompetenzkonflikte zwischen staatlicher und autonomer Verwaltung sind hierdurch schon ausgeschlossen, was auch mit Bezug auf alle reichs- und landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen der Fall ist, welche das Konzessionswesen, die Einrichtungen und den Betrieb der Krankenanstalten jeder Art und nach jeder Richtung hin betreffen. Dasselbe Recht und dieselbe Zuständigkeit ist im übrigen nicht nur für die Heilanstalten im engeren Sinne, sondern auch für alle übrigen Wohlfahrtsanstalten, wie Irren-, Gebär-, Findel- und Armenanstalten, für Kuranstalten, Heilbäder und Gesundbrunnen, wie für Siechenhäuser und ähnliche Anstalten ohne Ausnahme geltend. Die Oberaufsicht und Ueberwachung aller dieser Anstalten findet nach gleichen Grundsätzen statt und lässt auch bezüglich gewisser Kategorien kommunaler und ordensgenossenschaftlicher Anstalten, wie dies in Preussen massgebend ist, keine Ausnahme zu. Es mag vielleicht unter dem Einflusse der politischen Verhältnisse die Art der Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen in den einzelnen Kronländern auch mit Bezug auf das Krankenhauswesen eine verschiedenartige sein, die Grundzüge der Organisation sind aber

bestimmte und einheitliche und ermöglichen es unter allen Umständen den Behörden, den gesundheitspolizeilichen wie den wissenschaftlichen Anforderungen auf diesem Gebiete gerecht zu werden.

Ein weiterer Vorteil ist die strenge Differenzierung zwischen den allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten und den privaten, die vor allem den Bedürfnissen der Armenkrankenpflege Rechnung trägt und in demselben Masse die finanzielle Lage der Gemeinden berücksichtigt, wie sie auch ersterer Kategorie von Anstalten eine gesunde wirtschaftliche Basis verschafft. Das einheitliche und gemeinschaftliche Vorgehen der staatlichen mit der autonomen Verwaltung hinsichtlich der Errichtung, der Etatisierung und der weiteren Entwickelung der Betriebsverhältnisse der wichtigsten Krankenanstalten, nämlich der allgemeinen öffentlichen, gewährt die sicherste Grundlage dafür, dass die Anstalten dauernd ihrem Zwecke entsprechen und einem stetigen Fortschritte zugänglich bleiben.

Dass auch für die zu den Privatanstalten gerechneten Wohltätigkeitsanstalten weltlicher und geistlicher Genossenschaften die das Konzessionswesen, die Einrichtungen und den Betrieb der Krankenanstalten regelnden Bestimmungen massgebend sind, kann der Entwickelung solcher Anstalten gleichfalls nur zum Vorteile gereichen. Man hat in Oesterreich jedenfalls damit nur gute Erfahrungen gemacht und ist mit der gleichen Behandlung einer ordensgenossenschaftlichen Anstalt wie jeder anderen Privatanstalt nicht auf Schwierigkeiten gestossen.

Die durch den obenerwähnten Ministerialerlass vom 2. März 1892 geschaffenen Voraussetzungen und Bedingungen für die Konzessionserteilung zur Errichtung von privaten Humanitäts-, Heil- und Kuranstalten usw., wonach die Behandlung nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat, neue Heilverfahren in der Zentralinstanz geprüft werden, marktschreierische Anpreisungen unterbleiben müssen und die Leitung solcher Heilanstalten nur approbierten Aerzten anvertraut wird, dürften sicherlich als eine Massregel anzusehen sein, welche den Schutz des Publikums vor dem Kurpfuschertum in weitestem Masse garantieren.

Von besonderem Werte für den Betrieb der öffentlichen Krankenanstalten hinsichtlich der hygienischen und gesundheitspolizeilichen Anforderungen ist neben der statutenmässigen Regelung desselben auch die straffe Organisation des ärztlichen Dienstes und die Uebertragung der eigentlichen Leitung auf einen allein verantwortlichen

Arzt, eine Einrichtung, welche selbst in grösseren kommunalen Krankenanstalten Preussens zum Schaden derselben noch vielfach vermisst wird. Der Umstand, dass nicht nur die allgemeinen öffentlichen Anstalten, sondern auch die Privatanstalten mit einem Statut versehen sein müssen, welches bei ersteren der Prüfung und Genehmigung durch den Landesausschuss mit Zustimmung der politischen Landesbehörde, bei den Privatanstalten durch letztere Behörde unterliegt, sowie dass dieses Statut sich auch auf die Regelung des ärztlichen Dienstes erstreckt und insbesondere über die Mitwirkung des leitenden Arztes bei der Aufnahme und Entlassung der Kranken Bestimmungen enthalten muss, und zwar nach beiden Richtungen hin entsprechend den sanitären Grundsätzen, welche durch Erlasse der Statthaltereien in den einzelnen Kronländern festgelegt sind, weist den Anstaltsärzten in der Verwaltung der Krankenanstalten eine ebenso wichtige, wie unantastbare Stellung zu und wahrt die gesundheitspolizeilichen Interessen des Anstaltsbetriebes gegenüber den rein administrativen Einflüssen. Das Krankenhauswesen in Preussen ist zum mindesten nach dieser Richtung hin einer einheitlichen Regelung bedürftig; in der Mehrzahl der sogenannten Wohltätigkeitsanstalten, namentlich der von evangelischen und katholischen Ordensgenossenschaften verwalteten, spielt der Arzt hier noch immer eine untergeordnete Rolle; in manchen derselben besteht noch heute die Einrichtung, dass jeder mit seiner Klientel auf die Anstalt angewiesene Arzt das Recht hat, seine Kranken darin selbständig zu behandeln, wobei höchstens durch die, ärztlichem Einflusse entzogene Hausordnung eine gewisse Einheitlichkeit des Betriebes bewirkt wird, während in hygienischer und gesundheitspolizeilicher Beziehung die einheitliche und verantwortliche Leitung fehlt. Ohne die erforderliche gesetzliche Grundlage wird erfahrungsgemäss im Einzelfalle wenig erreicht; dem sich bei jeder Anordnung geltend machenden Widerstande gegenüber fehlt es der Aufsichtsbehörde bei uns an der sicheren Handhabe, wie sie in Oesterreich das behördlich geprüfte und genehmigte Krankenhausstatut zu jeder Zeit und in allen Fragen des Krankenhausbetriebes gewährt.

Irrenanstalten und Regelung des Irrenwesens überhaupt.

Wie schon in dem vorigen Abschnitte erwähnt, stützt sich auch die staatliche Aufsicht über die Irrenanstalten in Oestrreich auf die §§ 2, 4 und 8 des Reichssanitätsgesetzes. Gleichzeitig mit den Gebäranstalten sind auch die öffentlichen Irrenanstalten, neben denen



die Privatanstalten an Zahl und Bedeutung eine sehr geringe Stellung einnehmen, durch das Gesetz vom 17. Februar 1864 aus den Händen der Staatsverwaltung auf die Landesverwaltungen übergegangen; von dieser Zeit ab erst hat die geschlossene Irrenpflege eine dem Bedürfnisse der Bevölkerung und dem Fortschritte der Wissenschaft ententsprechende Entwickelung erfahren, für welche besonders im letzten Jahrzehnt die meisten Landesverwaltungen mit grosser Energie und und unter Aufwendung reicher Mittel eingetreten sind.

Die Fürsorge der Landesverwaltung hat sich hinsichtlich der Anstaltspflege bisher im wesentlichen nur auf die Unterbringung der heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken beschränken können; der Umstand, dass die Landesverwaltungen in den letzten Jahren für die Erweiterung bestehender und für die Neuerrichtung öffentlicher Anstalten ausserordentliche Aufwendungen gemacht und für die nächste Zukunft in Aussicht genommen haben, beweist, dass auch in Oesterreich die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze dem von Jahr zu Jahr gesteigerten Bedürfnisse gegenüber sich als unzureichend erwiesen hat. Zu den rund 23000 Plätzen in den 36 Landesirrenanstalten Oesterreichs kommen demnächst hinzu 1000 Betten in der im Bau begriffenen mährischen Landesirrenanstalt in Kremsier, 2000 Betten in der für Wien und 2000 Betten in der von der Landesverwaltung in Böhmen an einem noch zu bestimmenden Orte projektierten Irrenanstalt. Die in den Privatirrenanstalten Oesterreichs zur Verfügung stehenden Plätze dürften zur Zeit 400 nicht übersteigen.

Seit der auf Grund des Reichssanitätsgesetzes erlassenen ministeriellen Verordnung vom 14. Mai 1874 hat das Irrenwesen Oesterreichs eine Neuregelung nicht erfahren. Im Jahre 1904 hat die Staatsverwaltung allerdings Vorarbeiten für eine Reform des Irrenwesens im Gesetzgebungswege eingeleitet und eine Enquete über die wichtigsten Fragen desselben veranlasst.

Vorgenannte, heute noch gültige Verordnung enthält im wesentlichen folgende Bestimmungen:

1. Inbetreff der Privatirrenanstalten:

Zur Errichtung einer Privatirrenanstalt ist die Bewilligung der politischen Landesbehörde erforderlich, welche nur erteilt wird, wenn die Anstalt unter die allein verantwortliche Leitung eines Arztes gestellt wird. Seine Befähigung muss der Arzt durch den Nachweis seiner theoretischen und praktischen Ausbildung in der Psychiatrie dartun und, wenn er nicht selbst Unternehmer der Anstalt ist, als

leitender Arzt derselben von der politischen Behörde bestätigt werden. Ueber das Konzessionsgesuch, welches mit Plänen und sonstigen Nachweisungen versehen sein muss, entscheidet die politische Landesbehörde nach Anhörung des Landessanitätsrats. Alle Veränderungen in der Leitung, im Betriebe und in den Einrichtungen der Anstalt sind der Behörde durch Vermittelung der Bezirksbehörde anzuzeigen. Der leitende Arzt ist für den ganzen Betrieb verantwortlich und hat über die in der Anstalt erzielten Erfolge und über seine im Irrenwesen gemachten Wahrnehmungen in vorgeschriebener Weise an die vorgesetzte politische Behörde alljährlich zu berichten.

In eine Privatirrenanstalt dürfen keine anderen, als Gemüts- und Geisteskranke aufgenommen werden. Die Aufnahme erfolgt auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, worin die vorhandene Gemüts- und Geistesstörung bestätigt wird. Ist eine ärztliche Behandlung des Kranken vorhergegangen, so muss eine vom behandelnden Arzte verfasste Krankengeschichte beigefügt werden. Das Zeugnis ist vom Bezirks- oder Gemeindearzte zu bestätigen und darf nicht länger, als 14 Tage vor dem Ansuchen um die Aufnahme ausgefertigt sein. Bei Militärpersonen genügt ein von einem K. K. Militärarzte im Dienstwege ausgestelltes Attest und bei Kranken, die aus einer österreichischen öffentlichen Kranken- oder Irrenanstalt in eine Privatirrenanstalt übertreten, das zum Zwecke der Aufnahme in die letztere ausgefertigte Zeugnis der betreffenden Direktion. Die sofortige Aufnahme eines Kranken wegen Gemeingefährlichkeit ist auch ohne ärztliches Zeugnis zulässig, jedoch an die politische Behörde zwecks amtsärztlicher Untersuchung binnen 24 Stunden anzuzeigen. In allen Fällen ist von der Aufnahme eines Kranken binnen 24 Stunden dem Gerichtshofe 1. Instanz, in dessen Sprengel die Anstalt gelegen ist, Anzeige zu erstatten; (einer Anzeige an weitere Behörden bedarf es nicht).

Die Entlassung eines Kranken hat nach eingetretener Heilung desselben, jedoch im Einvernehmen mit derjenigen Person, welche die Aufnahme in die Anstalt veranlasst hat, oder mit dem gesetzlichen Vertreter des Kranken zu erfolgen; auf deren Verlangen muss auch die Entlassung ungeheilter Kranker stattfinden; bei gemeingefährlichen Kranken bedarf es in letzterem Falle der Beibringung eines Reverses darüber, dass die gehörige Ueberwachung des Kranken ausserhalb der Anstalt oder dessen Unterbringung in einer anderen Heilanstalt gesichert ist; dieser Revers bedarf der Bestätigung durch die für den Aussteller desselben zuständige politische Bezirksbehörde. Ohne solchen

Revers muss der gemeingefährliche Kranke solange in der Anstalt verbleiben, bis die politische Behörde über die Unterbringung desselben Bestimmung getroffen hat. Nicht geheilte Kranke dürfen bei ihrer Entlassung nur ihrem gesetzlichen Vertreter oder den von diesem bestimmten Personen übergeben werden.

Werden Personen aus der Anstaltspflege entlassen, welche dahin wegen Gemeingefährlichkeit von der Sicherheitsbehörde abgegeben worden sind, so ist die Entlassung dieser Behörde vorher anzuzeigen. Dies hat auch bei probeweisen Beurlaubungen solcher Personen zu geschehen. Von der Entlassung geheilter unter Kuratel stehender Kranker hat die Anstalt das betreffende Gericht in Kenntnis zu setzen. In jeder Anstalt ist ein Hauptprotokoll nach bestimmter Vorschrift über die Kranken zu führen, ferner eine Krankengeschichte über jeden Kranken, sowie Protokolle über die Obduktion der in der Anstalt Verstorbenen.

Die Aufsicht über die Privatirrenanstalten wird durch die Sanitätsorgane 1. Instanz ausgeübt, und zwar durch Besuche zu unbestimmten Zeiten, mindestens aber einmal innerhalb dreier Monate; der Befund ist der politischen Bezirksbehörde und von dieser der Landesbehörde vorzulegen. In Städten mit eigenen Statuten ist die Aufsicht in derselben Weise durch die mit dem Wirkungskreise der politischen Bezirksbehörde betrauten Gemeindebehörden und ihre ärztlichen Organe auszuüben. Die politische Behörde ist berechtigt, die Entfernung des leitenden Arztes anzuorden, sofern dessen Leitung den Zweck der Anstalt gefährdet und eine Abhilfe sonst nicht zu gewärtigen ist. Unter Umständen kann auch die zur Errichtung der Anstalt erteilte Bewilligung zurückgenommen werden.

2. In Betreff der öffentlichen Irrenanstalten enthält die qu. österreichische Verordnung nur die Bestimmung, dass die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung aus den öffentlichen Anstalten, sowie die Verhältnisse derselben überhaupt durch ihre Statuten geregelt werden, dass diese Statuten der Genehmigung des Ministeriums des Innern unterliegen, dass auch diese Anstalten die für die Privatirrenanstalten vorgeschriebenen Anzeigen an die Gerichtsbehörden zu erstatten und ein Protokoll in derselben Weise wie letztere zu führen haben.

Die staatliche Beaufsichtigung der öffentlichen Irrenanstalten erfolgt ausschliesslich durch die politische Landesbehörde, deren Landessanitätsinspektor sämtliche Anstalten einmal jährlich besichtigt,

und zwar ohne Zuziehung eines psychiatrischen Fachmannes. Die durchschnittlich monatlich einmal erfolgenden Besuche der Gerichtskommission, bestehend aus 1 Richter und 2 Gerichtsärzten, beziehen sich nur auf die jeweiligen Erfordernisse des Entmündigungsverfahrens. Die staatliche Ueberwachung der öffentlichen Irrenanstalten ist also in Oesterreich ebenso unzureichend wie in Preussen, wo die zuständige Aufsichtsbehörde nicht einmal in allen Provinzen von dem ihr zustehenden Aufsichtsrechte in der Weise Gebrauch macht, dass sie sich bei den seitens der Provinzialverwaltung stattfindenden regelmässigen Revisionen der öffentlichen Irrenanstalten durch einen Medizinalbeamten vertreten lässt.

Wie schon oben erwähnt, hat in Oesterreich die Entwickelung der öffentlichen Irrenanstalten, soweit es sich um heilbare und gemeingefährliche Kranke handelt, während des letzten Jahrzehnts ausserordentliche Fortschritte gemacht, und zwar nicht nur mit Bezug auf die Vermehrung der Plätze, sondern auch nach der Richtung hin, dass der Durchführung der freien Pflege und der möglichst extensiven Beschäftigung der Kranken möglichst Rechnung getragen wird. In diesem Sinne machen die alten gemeinschaftlichen Korridorbauten immer mehr dem Pavillonsystem Platz, um eine Trennung der einzelnen Kategorien von Kranken zu ermöglichen; es werden überall grosse Wachabteilungen zur Durchführung der Bettbehandlung eingerichtet und den Anstalten landwirtschaftliche Irrenkolonien angegliedert. Als moderne, im Pavillonstile errichtete Irrenanstalten bestehen diejenigen in Kierling-Gugging und Mauer-Oehling für Niederösterreich, Maxglau für Salzburg, Klagenfurt für Kärnten, Studenc für Krain, Dobran für Böhmen, Sternberg für Mähren, Troppau für Schlesien und Sebenico für Dalmatien. Die meisten der übrigen Landesirrenanstalten repräsentieren schon heute wenigstens ein gemischtes System, indem zu den Korridorgebäuden Pavillons, hier und dort auch Kolonistenhäuser hinzugekommen sind.

Während sämtliche Landesirrenanstalten bisher lediglich zur Aufnahme heilbarer und zur Verwahrung gemeingefährlicher unheilbarer Geisteskranker bestimmt waren, die übrigen unheilbaren Irren aber in die Gemeindeversorgung, in Landessiechenanstalten oder Versorgungsanstalten abgegeben wurden, finden in der von der Niederösterreichischen Landesverwaltung im Jahre 1902 erbauten, mit den modernsten Einrichtungen versehenen Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Mauer-Oehling alle Kategorien von Geistes-

kranken, mit Ausnahme von kriminellen Irren und Alkoholikern Aufnahme, und zwar bei freiester Behandlung. Als Irrenpflegeanstalt ist ihr die Landesirrenanstalt Ybbs angegliedert, wohin die nicht beschäftigungsfähigen, rein pflegebedürftigen, körperlich siechen, unheilbaren Irren abgegeben werden. Die Leitung beider Anstalten ist eine gemeinsame.

Die bedeutendste Neuerung bei dieser Anstalt besteht in der Einführung der Familienpflege bzw. in der Unterbringung von ruhigen Geisteskranken bei Privatparteien. Die Anstalt stellt der geeignet befundenen Partei die zur Einrichtung eines für 2 bis 3 Kranke bestimmten eigenen Zimmers erforderlichen Einrichtungsgegenstände zur Verfügung, stattet die Kranken mit Kleidung und Wäsche aus und bezahlt für jeden Kranken ein Kostgeld von 80 h täglich. Die Kranken werden durch hierzu bestellte Pflegepersonen und Aerzte häufig besucht, müssen alle 14 Tage in die Anstalt gebracht werden, um dort gebadet und gewogen zu werden.

Diese Einrichtung ermöglicht es der Anstalt, einen ständigen Abfluss der ruhigen Geisteskranken zu sichern und Raum für neue Kranke zu gewinnen; es wird auch dadurch verhindert, dass gewisse Kategorien von Irren, wie Idioten, Kretins, Paralytiker etc. in der Gemeindeversorgung einer unrationellen Behandlung zum Opfer fallen. Die Ueberweisung eines Kranken an die Familie erfolgt erst dann, nachdem derselbe längere Zeit hindurch in der Kolonie der Anstalt bei freiester Bewegung beobachtet und alsdann einer weiteren Beobachtung in den Familien der Anstaltspfleger unterzogen worden ist. Man hofft durch diese Einrichtung auch der Landbevölkerung einen wirtschaftlichen Vorteil zu gewähren und dieselbe dazu zu veranlassen, beim Neubau ihrer Wohnhäuser den von der Anstalt vorgeschriebenen hygienischen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Nachdem die niederösterreichische Landesirrenanstalt Kierling-Gugging durch den Neubau der Kolonie Haschhof und durch Angliederung der bisherigen Landesirrenanstalt Klosterneuburg als Pflegeanstalt in ähnlicher Weise wie die Anstalt in Mauer-Oehling umgestaltet worden ist, ist auch für ihren Bezirk die Einführung der Familienpflege nach gleichen Prinzipien in Aussicht genommen.

Der Irrenpflegedienst wird in den Landesirrenanstalten teils durch ordensgenossenschaftliches (geistliches), teils durch weltliches Personal ausgeübt, welches durch regelmässige Kurse innerhalb der Anstalt herangebildet wird. Wie der ärztliche, so ist auch der Pflegedienst

in allen öffentlichen Anstalten gut organisiert, wie sich überhaupt auf allen Gebieten des Anstaltsbetriebes Ordnung, Sorgfalt und vor allem eine wohltuende Ruhe geltend macht, die im wesentlichen auf die konsequent durchgeführte Bettbehandlung zurückgeführt werden kann.

Idiotenanstalten.

In der Fürsorge für Idioten sind die österreichischen Kronländer noch weit zurück; die Zahl der in den 7 Idiotenanstalten vorhandenen Plätze übersteigt heute die Zahl von 550 noch nicht; darunter kann die im Jahre 1896 für Niederösterreich geschaffene Landes-, Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Kierling-Gugging allein 220 Pfleglinge aufnehmen. Die Verpflegung in dieser Anstalt erstreckt sich auf das Lebensalter vom vollendeten 5. bis zum vollendeten 16. Lebensjahre. Ein methodischer Schulunterricht für die noch bildungsfähigen Elemente wird hier nicht erteilt, da solche schwachsinnige Kinder in eigenen, nach pädagogischen Prinzipien geleiteten Anstalten untergebracht werden; dagegen werden die Insassen in der eigenen Körperpflege, im Gebrauch ihrer Sinne, in Bewegungs- und Singspielen, in leichten nützlichen Handarbeiten für Haus, Garten und Feld und für einfache gewerbliche Arbeiten ausgebildet. Der Pflegedienst erfolgt durch barmherzige Schwestern.

Besondere Anstalten für Epileptiker gibt es in Oesterreich überhaupt noch nicht; die geisteskranken Epileptiker werden in Irrenanstalten, die erwerbsunfähigen und siechen in Gemeindeversorgungs- und Siechenanstalten untergebracht.

Versorgungs- und Siechenanstalten.

Was diese Versorgungs- und Siechenanstalten überhaupt anbetrifft, so befinden sich dieselben im Besitze der Landesverwaltungen, Gemeinden, weltlichen und geistlichen Genossenschaften, Vereine und selbst von Privatpersonen. Die Errichtung solcher Institute ist von der Bewilligung durch die politische Behörde abhängig, welche auch gemäss § 2 des Reichssanitätsgesetzes die Oberaufsicht über dieselben ausübt, die Hausordnungen und Statute genehmigt. Ueber die Bewegung in allen diesen Anstalten, wozu auch die Säuglings- und Kinderbewahranstalten, die Taubstummen- und Blindeninstitute gehören, sind von den Verwaltungen bzw. Direktionen jährliche Nachweisungen einzureichen, und zwar bezüglich der letzteren beiden Institute direkt an die statistische Zentralkommission, bezüglich aller

übrigen Versorgungsanstalten an die politische Behörde 1. Instanz. Die kleineren Versorgungsanstalten im Besitze von Gemeinden, Ordensgenossenschaften usw. verpflegen vielfach neben den Siechen auch Kranke, wie dies ja auch in Preussen der Fall ist. Von grosser Bedeutung für die Entwickelung solcher Anstalten ist der Umstand, dass dieselben in das Reichssanitätsgesetz einbezogen worden sind, und dass die allgemeinen Vorschriften über die Errichtung, den Betrieb und die Ueberwachung der Heilanstalten im wesentlichen auch für jene Anstalten Geltung haben, was in diesem Umfange in Preussen nicht stattfindet, wenn auch durch die Bestimmungen der Dienstanweisung für die Kreisärzte auf diesem Gebiete den Sanitätsorganen ein grösserer Einfluss, als früher ermöglicht worden ist, soweit es sich nicht um Provinzialanstalten handelt, deren Beaufsichtigung den Kreisärzten, nach wie vor entzogen bleibt.

II. Organisation des Medizinalwesens im Königreich Ungarn.

A. Allgemeine Verwaltung.

Dem Medizinalwesen in Ungarn ist, ähnlich wie in den österreichischen Kronländern, ein eigenartiges Gepräge durch das Selbstverwaltungsrecht zuteil geworden, welches den Hauptverwaltungskörpern, nämlich den Gemeinden einerseits und den Munizipien andererseits in grossem Umfange zusteht, während der Einfluss der Regierung sich in den meisten wichtigeren Angelegenheiten auf das Aufsichtsrecht beschränkt. Wie bekannt, ist Ungarn politisch in 63 Komitate, deren Unterabteilung die Bezirke bilden, und in 26 mit dem Jurisdiktionsrechte bekleidete Städte eingeteilt. (Neben dem Königreiche Ungarn besitzt das Land Kroatien eine eigene, völlig autonome Verwaltung.)

Der politischen Einteilung Ungarns entsprechen 89 Verwaltungsbezirke, die Munizipien, unter denen als die Endglieder der Exekutive die Gemeinden stehen. Die Munizipien sind autonom; ihr Selbstverwaltungsrecht bezieht sich auf die selbständige Verfügung in allen inneren Angelegenheiten, auf die Fassung von Beschlüssen, den Erlass von Statuten und Verordnungen, die sämtlich der Genehmigung des Ministeriums bedürfen, und weder mit den bestehenden Gesetzen noch mit dem Selbstverwaltungsrechte der Gemeinden im Widerspruche stehen dürfen; ferner auf die Durchführung der Beschlüsse und Statuten, die Wahl der eigenen Beamten mit einigen gesetzlich be-

stimmten Ausnahmen, endlich auf die Festsetzung und Deckung der Kosten der Selbstverwaltung. Als autonome Verwaltungskörper sind die Munizipien auch gleichzeitig Organe der Regierung bzw. der Ministerien zur Ausführung der Gesetze, d. h. sie besitzen das Recht der Vermittelung der staatlichen Administration, indem sie die Gesetze und Verordnungen auf ihrem Territorium durch eigene Beamte vollziehen mit den wenigen Ausnahmen, wo den Organen der Regierung gesetzmässig ein Verfügungsrecht zusteht. Die Munizipien verkehren unmittelbar mit der Regierung, ebenso direkt mit einander und haben das direkte Petitionsrecht an den Reichstag.

An der Spitze des Munizipiums steht als Aufsichtsorgan und Repräsentant der Regierung der Obergespan, der auf Vorschlag des Ministers des Innern durch den König ernannt wird. Die Stelle des Obergespans in der Haupstadt Budapest nimmt der Oberbürgermeister ein, der durch die städtische Generalversammlung auf die Dauer von 6 Jahren gewählt wird. Der Obergespan untersteht direkt der Regierung.

Als munizipale Körperschaften fungieren:

1. die Generalversammlung, welche die Gesamtheit des Munizipiums vertritt und dessen Rechte vertritt;
2. der Verwaltungsausschuss, unter dem Vorsitze des Obergespans; der Ausschuss verfügt in administrativen Angelegenheiten, übt Disziplinarrechte aus und entscheidet in Berufungsangelegenheiten;
3. der Magistrat in den autonomen Munizipalstädten, der vorwiegend exekutives Organ ist.

Als 1. Beamter des Munizipiums fungiert in den Komitaten der Vizegespan, in den städtischen Munizipien der Bürgermeister; beide Beamte werden von der Generalversammlung auf die Dauer von 6 Jahren gewählt.

An der Spitze der Bezirke in den Komitaten steht der Oberstuhlrichter; einen ihm gleichen Wirkungskreis hat in den Städten mit Jurisdiktionsrecht der Polizei-Stadthauptmann (in Budapest die Bezirksvorsteher), in den Städten mit geordnetem Magistrat der Bürgermeister. Diese 3 Kategorien von Beamten bilden in den wichtigsten sanitären Angelegenheiten die 1. Instanz, während die 2. Instanz vom Vizegespan in den Komitaten bzw. vom Bürgermeister der Munizipalstädte repräsentiert wird. — Die 3. Instanz ist der Minister des Innern.



Sanitätsverwaltung.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Ungarn ist sowohl hinsichtlich des Sanitätsdienstes, wie hinsichtlich der wichtigsten Aufgaben der Medizinal- und Sanitätspolizei durch das Sanitätsgesetz von 1876 mit seinen 3 kleinen Ergänzungsgesetzen über die Schutzpockenimpfung, das Trachom und über die Deckung der Kosten der Krankenpflege geregelt. Weitere ergänzende Verordnungen von sanitärer Bedeutung enthalten das Gewerbegesetz, das Schulgesetz, das Wasserrechtsgesetz und deren Ausführungsbestimmungen. — Die Leitung des Sanitätswesens gehört in den Wirkungskreis der Staatsverwaltung. Alles dasjenige, was zur Erhaltung und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, sowie zur Herstellung des gestörten Gesundheitszustandes dient, bildet einen Gegenstand der behördlichen Aufsicht und Verfügung; die Uebertretungen der Sanitätsvorschriften aber bilden einen Gegenstand der Polizeigerichtsbarkeit und werden im administrativen Wege geahndet. Die Strafgelder fliessen in die Kasse jener Gemeinde, wo die Uebertretung begangen wurde, und sind zu öffentlichen Sanitätszwecken zu verwenden.

In Gegenden, in welchen — ohne dass eine Seuche herrschen würde — die Sterblichkeit das gewöhnliche Verhältnis beträchtlich übersteigt und wo das betreffende Munizipum zu deren Verminderung keine von Erfolg begleitende Massregeln trifft, hat der Minister des Innern durch einen eigenen Delegierten die Ursachen der grösseren Sterblichkeit erheben zu lassen und die Einleitung der notwendigen Verfügungen anzuordnen. Sollten die aus diesen Verfügungen anwachsenden Kosten der betreffenden Gemeinde oder Jurisdiktion billigerweise ganz nicht auferlegt werden können, so ist der Legislative wegen teilweiser Bestreitung derselben durch das Aerar eine Vorlage zu unterbreiten.

Die Zentralbehörde.

Das gesamte Sanitätswesen wird durch den Minister des Innern geleitet, welcher dem Reichstage jährlich einen Bericht über die Sanitätsverhältnisse des Landes erstattet. Er führt die Aufsicht, verfügt, entscheidet über Rekurse endgültig in letzter Instanz, erlässt Vorschriften und erteilt Bewilligungen in allen Angelegenheiten seines gesetzlichen Wirkungskreises; er kann in jeder Sanitätsangelegenheit und überallhin Regierungskommissare entsenden, um seinen innerhalb

der Grenzen des Sanitätsgesetzes erlassenen Weisungen Geltung zu verschaffen. Von ihm ressortiert die Medizinalabteilung, deren Chef ein Arzt im Range eines Ministerialrats ist. Dem Chef unterstehen zunächst die Leiter von 3 Unterabteilungen:

1. Für Spitals- und Irrenwesen (ein Arzt);
2. für sanitäre Administration bzw. Medizinalpolizei (ein Arzt);
3. für die Verpflegungstaxen — Kosten der Krankenpflege — (ein Jurist);

ferner 6 Sanitätsinspektoren, die ein bestimmtes Spezialgebiet dauernd vertreten, zwar nicht regelmässige Bereisungen des Landes vornehmen, aber in konkreten Fällen örtliche Ermittelungen anstellen; ferner 2 Hilfsinspektoren, 1 bis 2 Hilfsarbeiter und der Vorsteher des dem Ministerium beigegebenen bakteriologischen Instituts. Ausserdem verfügt die Medizinalabteilung auch noch über 3 Juristen.

Das bakteriologische Institut, welches übrigens in sehr beschränkten Räumlichkeiten untergebracht und verhältnismässig spärlich ausgestattet ist, hat die Bestimmung, auf Erfordern der Gemeinden bakteriologische Untersuchungen auszuführen und zur Abhaltung von Kursen für Physikatsbeamte zu dienen.

Der Landes-Sanitätsrat.

Zwecks wissenschaftlicher Behandlung der Sanitätsangelegenheiten ist der Zentralinstanz als begutachtendes Organ der Landes-Sanitätsrat beigegeben, in welchem jedes wichtigere, hierher gehörige Fach vertreten sein soll; derselbe besteht aus dem Präsidenten, dessen Stellvertreter, einem Schriftführer, 12 ordentlichen Mitgliedern und aus ausserordentlichen Mitgliedern in unbestimmter Anzahl; zu den ordentlichen Mitgliedern gehören auch die Sanitätsreferenten der einzelnen Ministerien. Der Präsident wird durch den König, der Vizepräsident und die ordentlichen Mitglieder durch den Minister des Innern, der Schriftführer durch den Landes-Sanitätsrat selbst ernannt. Die Funktion des Präsidenten und des Schriftführers währt 6 Jahre; von den ordentlichen Mitgliedern scheidet ein Drittel nach Ablauf von 3 Jahren im Wege der Auslosung aus, doch können die Austretenden wieder ernannt werden. Der Minister kann im übrigen auch die Ansicht anderer Fachmänner und Korporationen einholen.

Der Landes-Sanitätsrat untersteht dem Minister des Innern, kann aber auch von anderen Ministern unmittelbar in Anspruch genommen werden. Er hat die Aufgabe:



1. Gutachten in den von den Regierungen ihm zugewiesenen Angelegenheiten zu erstatten;
2. Vorschriften in betreff der Förderung des Gesundheitswesens, Verhinderung ansteckender, vererblicher und epidemischer Krankheiten, sowie überhaupt hinsichtlich der Verbesserung und Regelung der ärztlichen, Veterinär-, Pharmazie- und Badeangelegenheiten (früher auch der gerichtsärztlichen) zu beantragen;
3. Gutachten über das durch die Regierung bei staatlichen Heilanstalten anzustellende ärztliche Personal zu erstatten;
4. den Entwurf des Arzneibuches und der Arzneitaxe zu verfassen.

Die Begutachtung gerichtsärztlicher Angelegenheiten, die Entscheidung bei Streitigkeiten in Honorarfragen und die Beurteilung von ärztlichen Gutachten und Kunstfehlern ist dem im Jahre 1890 errichteten und dem Justizminister beigegebenen „justizärztlichen Senat" zugewiesen worden.

Der Sanitätsdienst bei der Munizipalbehörde 2. Instanz.

Die Sanitätsangelegenheiten des Munizipiums werden von dessen 1. Beamten, nämlich in den Komitaten von dem Vizegespan, in den munizipalen Städten von dem Bürgermeister verwaltet, der als Behörde 2. Instanz gilt. Er überwacht die Durchführung der Sanitätsvorschriften durch die unteren Organe im ganzen Munizipalgebiet, ordnet zu diesem Zwecke die Erstattung von periodischen und Sonderberichten an und nimmt unter Umständen Revisionen in den Gemeinden vor, um sich die erforderliche Ueberzeugung persönlich zu verschaffen. Er trifft Verfügungen, um die Ueberfüllung von Wohnräumen zu verhindern; konstatiert das Vorhandensein und das Erlöschen einer Epidemie und ordnet Verhütungs- und Vorbeugungsmassregeln gegen die Weiterverbreitung derselben an; er überwacht alle öffentlichen und privaten Spitäler, Heil- und Wohltätigkeitsanstalten seines Bezirks und ordnet die vom sanitären Standpunkte erforderlichen Untersuchungen der Lehranstalten, Apotheken, Gemeinde- und behördlichen Gefängnisse an. Er erteilt die Bewilligung zu Leichentransporten in ein anderes Munizipalgebiet, ferner zur Einrichtung von ärztlichen Hausapotheken, überwacht den Betrieb in den Apotheken, ernennt das ärztliche Personal für die Gemeindespitäler, bestimmt den Wohnort, die Aufteilung der Bezahlung und den Wahlort der Kreis-



ärzte (Gemeindeärzte) und setzt die Impfbezirke fest; endlich genehmigt er die Erhebung der Kurtaxen in Bädern und verfügt über die Benutzung der Heilbäder durch Arme.

Gegen seine eigenen Entscheidungen in 1. Instanz, wie gegen solche, die durch ihn als Behörde 2. Instanz erfolgen, ist der Rekurs an den Verwaltungsausschuss zulässig; gegen die Entscheidung des letzteren als 2. Instanz ist ein Rekurs an den Minister nur dann zulässig, wenn dieselben von den Entscheidungen der 1. Instanz abweichen; entscheidet der Verwaltungsausschuss als 3. Instanz, so ist ein weiterer Rekurs nicht mehr zulässig, es ist jedoch der Obergespan berechtigt, falls es das Interesse des Staates erfordert, im Aufsichtswege an den Minister des Innern zu rekurrieren.

Neben der Verwaltung der Sanitätsangelegenheiten durch den 1. Munizipalbeamten stehen auch der Generalversammlung auf diesem Gebiete gewisse Befugnisse zu, die sich zunächst auf die Beseitigung sanitärer Missstände beziehen, welche die Anwendung aussergewöhnlicher Massregeln erfordern, z. B. die Austrocknung von gesundheitsschädlichen Morästen und Sümpfen, die Anlage von Pflanzungen, die Einführung der Kanalisation oder eines ähnlichen Abfuhrsystems. Sie veröffentlicht fernerhin die Diplome der Aerzte und Hebammen, setzt die Sanitätskreise und die Bezahlung der Gemeinde- und Kreisärzte, sowie der Hebammen fest und sorgt für die Besetzung der Hebammenstellen. Gegen die Verfügungen der Generalversammlung kann mit Ausnahme der auf die Festsetzung der Sanitätskreise und der Bezahlung der Kreisärzte bezüglichen Beschlüsse ein Rekurs an den Minister des Innern eingebracht werden.

Der Oberphysikus und die Sanitätskommission.

Als Fachorgane sind dem 1. Munizipalbeamten bzw. dem Magistrate und der Generalversammlung der Oberphysikus und die Sanitätskommission des Munizipiums beigegeben. Der Oberphysikus wird nach Anhörung der letzteren durch den Obergespan ernannt und untersteht in Disziplinar-Angelegenheiten denselben Gesetzen, wie die übrigen Munizipalbeamten. Er erstattet die monatlichen Sanitätsberichte an den Verwaltungsausschuss, dessen ständiger Referent er ist, halbjährige Berichte an den Vizegespan und jährliche Berichte an den Minister des Innern und vollzieht alles, was nach einem Gesetze oder einer Verordnung in seinen Wirkungskreis gehört. Im allgemeinen steht ihm hinsichtlich des ganzen Munizipalgebietes derselbe

Wirkungskreis zu, wie dem Bezirksarzte (dem Fachorgan des Oberstuhlrichters) hinsichtlich dessen Bezirks. Im speziellen sind seine Aufgaben:

Die Beaufsichtigung der Impfung durch die Bezirks- und Gemeindeärzte, sowie der Herstellung der Lymphe;

die Beantragung der bei lokalen Epidemien und ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massnahmen; erforderlichen Falles die Anstellung persönlicher Ermittelungen an Ort und Stelle und die Verfügung im Falle dringender Gefahr unter eigener Verantwortung und bei gleichzeitiger Verständigung des 1. Munizipalbeamten;

die Ueberwachung des gesamten Sanitätspersonals des Munizipiums;

die Prüfung und die Registrierung der Diplome der sich niederlassenden Aerzte und Hebammen;

die Ueberwachung und Bekämpfung der Kurpfuscherei;

die Untersuchung der sanitären Verhältnisse der Lehranstalten, Gefängnisse, Spitäler, aller öffentlichen und Privatinstitute; die Revision der Apotheken;

die Vollziehung der polizeiärztlichen Revisionen;

die Mitwirkung am Rekrutierungsgeschäft im Falle seiner Einberufung, sowie an gerichtsärztlichen Obduktionen gegen Gebühren und auf besondere Requisition.

Die Sanitätskommission des Munizipiums besteht aus dem Oberphysikus, allen behördlichen Aerzten, dem Oberarzte des Honvéd-(Landwehr-)Bataillons, einem Ingenieur, einem Baumeister, einem Apotheker, und aus einer der Summe dieser Mitglieder entsprechenden Zahl von Mitgliedern des Verwaltungsausschusses. Der Vorsitzende wird aus letzteren Mitgliedern von der Kommission ernannt, der Ingenieur, Baumeister und Apotheker vom Verwaltungsausschuss. Die aus letzterem in die Kommission zu entsendenden Mitglieder wählt die Generalversammlung für die Dauer von 3 Jahren; ihre Wiederwahl ist zulässig, so lange sie dem Verwaltungsausschusse angehörig bleiben.

Die Sanitätskommission ist für gewöhnlich nur ein beratendes Organ des Munizipiums, welches Gutachten zu erstatten, Anträge zu stellen hat und nur mit seiner Behörde verkehrt. Bei drohendem oder eingetretenem Ausbruche einer Epidemie konstituiert sich die Sanitätskommission zur Epidemiekommission, und es übernimmt alsdann der erste Munizipalbeamte den Vorsitz. Sie ist in diesem Falle

auch zu Verfügungen berechtigt, kann die notwendigen Massregeln anordnen und eventuell auch durchführen, und verkehrt mit dem Minister des Innern und anderen Behörden unmittelbar. Gegen ihre Beschlüsse ist eine Berufung zulässig, welche jedoch auf den Vollzug der Beschlüsse keinerlei aufschiebende Wirkung ausübt.

Der Sanitätsdienst bei der Munizipalbehörde erster Instanz (Bezirksbehörde).

Zu dem Wirkungskreise der Bezirksbehörde, des Oberstuhlrichters, gehören folgende sanitätsamtliche Aufgaben:

Die Beobachtung aller auf das Sanitätswesen einen Einfluss ausübenden Umstände und die gesetzlichen Anordnungen, für welche dieser Beamte zuständig ist; soweit seine Verfügungen über diesen Wirkungskreis hinausgehen, erstattet er Bericht oder stellt Anträge an die höhere Behörde;

die Ueberwachung des Vollzuges der polizeilichen Verfügungen in betreff der Strassen, Wege, Plätze, öffentlichen Versammlungsorte und des Prostitutionswesens; die Ueberwachung der sanitätspolizeilichen Vorschriften hinsichtlich der Lehranstalten, Fabriken, industriellen Unternehmungen, Wohnungen, Entwässerungsanlagen, Kanäle, Senkgruben, der stehenden und fliessenden Gewässer, des Trinkwassers, der Lebens- und Nahrungsmittel, der alkoholischen und sonstigen Getränke, der Fleischbeschau, der Kochgeschirre, der öffentlichen Badeanstalten, sowie der Tierkadaver; der Erlass von Verfügungen wegen Beseitigung der wahrgenommenen Mängel;

die Fürsorge für die erste Hilfeleistung bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie bei plötzlicher Lebensgefahr;

die Beaufsichtigung der Findlinge, Taubstummen, Geisteskranken, Blödsinnigen, Kostkinder, der Amenkrankenpflege;

die Beteiligung an der Revision der Apotheken; die Anordnung sanitätspolizeilicher Sektionen; die Erteilung der Genehmigung zu Leichentransporten innerhalb des Munizipiums.

Der Oberstuhlrichter ist verpflichtet, in allen Fällen, welche ihm durch ein Gesetz oder ein Statut zugewiesen werden, einzuschreiten, in den Gemeinden persönlich zu erscheinen, sich von den Ortsverhältnissen und Bedürfnissen persönlich Kenntnis zu verschaffen, die erforderlichen Verfügungen zu erlassen und die Ausführung zu kontrollieren. Gegen seine Verfügungen ist die Berufung an den ersten Beamten des Munizipiums zulässig.



Der Bezirksarzt.

Als Fachorgan des Oberstuhlrichters fungiert der Bezirksarzt, dessen Fachmeinung in der Regel vorgängig eingeholt werden muss. Er wird im Konkurswege nach Anhörung der Sanitätskommission durch den Obergespan ernannt und ist verpflichtet, in seinem Bezirke zu wohnen. Die Agenden des Bezirksarztes werden in der Landeshauptstadt durch die Bezirksphysici, in den mit dem Jurisdiktionsrechte versehenen Städten durch die städtischen Aerzte, in Städten mit geregeltem Magistrat durch die Gemeindeärzte versehen. In Budapest dürfen die Bezirksphysici keine ärztliche Praxis ausüben; die Behandlung armer Kranker ist hier eigenen Bezirksärzten übertragen.

Dem Wirkungskreise des Oberstuhlrichters entsprechend hat der Bezirksarzt alle Sanitätsangelegenheiten seines Amtsbezirks zu überwachen und über die wahrgenommenen Mängel zu berichten, eventuell bei deren Abstellung mitzuwirken; alle öffentlichen und privaten Sanitäts- und Wohltätigkeitsinstitute, Wohnorte, Gebäude, Gewerbeunternehmungen und Fabriken, sowie den Verkauf ihrer Erzeugnisse, den Handel und die Manipulation mit Giften und Arzneistoffen, die Qualität der Lebensmittel und Getränke, die Heilquellen und Bäder, die ärztliche Behandlung der vermögenslosen Kranken, den Vollzug der Vorschriften über Findlinge und Kostkinder zu beaufsichtigen; die Impfung zu vollziehen, soweit er dazu beordert wird, ebenso die polizeiärztlichen Untersuchungen und die gerichtsärztlichen Obduktionen, diese gegen Gebühren, vorzunehmen, die Volksschulen vom sanitären Standpunkte aus zu untersuchen, die Totenbeschau zu überwachen und die Laien-Totenbeschauer zu unterweisen. Bei ansteckenden Krankheiten überwacht er den Vollzug der Vorschriften, ermittelt im Auftrage der ersten Instanz, in dringenden Fällen auch ohne Auftrag die zur Anzeige gelangten Erkrankungen, wobei er unter Umständen auch selbständig Verfügungen treffen kann. Er wirkt bei der Revision der Apotheken mit, auf Erfordern auch bei der Rekrutierungskommission; überwacht den Handel mit Giften und Arzneistoffen, ebenso das Hebammenwesen, erstattet dem Oberphysikus die Anzeige über die sich niederlassenden Aerzte, schreitet in allen Angelegenheiten ein, welche ihm durch ein Gesetz oder Statut übertragen werden oder bezüglich welcher er für den Fall der Behinderung des Oberphysikus entsendet wird; endlich erstattet er durch Vermittelung der

Behörde erster Instanz vierteljährlich einen Sanitätsbericht an den ersten Munizipalbeamten, sowie fallweise Berichte und Anträge an erstere Behörde. In reinen Fachangelegenheiten verkehrt er unmittelkar mit dem Oberphysikus.

Gemeinde-Sanitätsdienst.

Zu den Obliegenheiten der Gemeinde gehört generell die Vollziehung der Verfügungen des Sanitätsgesetzes und der im Sinne dieses Gesetzes erlassenen Anordnungen der Regierung und des Munizipiums. Jede Gemeinde, auch solche, welche ein Munizipium bildet, hat im eigenen Wirkungskreise für die ärztliche Behandlung und Verpflegung der vermögenslosen und zur Aufnahme in eine Irrenanstalt nicht geeigneten Geisteskranken, der vermögenslosen Blödsinnigen, Taubstummen, Blinden, Krüppel, Findlinge und Kostkinder, ferner für die entsprechende Hilfeleistung bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie für die Ausbildung diplomierter Hebammen, und zwar nötigenfalls auf ihre Kosten zu sorgen, endlich über das Begräbniswesen Verfügungen zu treffen. Bezüglich des Gemeinde-Sanitätspersonals steht ihr das Wahlrecht zu. Auf sanitätspolizeilichem Gebiete gehört zu ihren Agenden die Ueberwachung der öffentlichen Reinlichkeit, der Fleischbeschau, des Nahrungsmittelgesetzes, der Wasserversorgung und der Totenbeschau; die hierbei wahrgenommenen Mängel und Uebertretungen hat die Gemeinde der zuständigen Behörde 1. Instanz zwecks Abstellung bzw. Bestrafung anzuzeigen; sie ist auch berechtigt im gesetzlich zulässigen Umfange Beschlagnahmen vorzunehmen und in jenen Fällen, in denen das Leben, die körperliche Sicherheit oder Gesundheit einer im Gemeinden- oder Sanitätsbezirke sich aufhaltenden Person gefährdet erscheint, insbesondere im Falle plötzlicher Lebensgefahr, sofort einzuschreiten.

Die Gemeindeorgane, denen der Vollzug aller dieser Agenden obliegt, sind in Gross- und Kleingemeinden der Richter und der Gemeinde- bzw. Kreisnotar, in Städten mit geregeltem Magistrat der Stadthauptmann, in den mit dem Jurisdiktionsrechte versehenen Städten der Stadthauptmann, in Budapest die hauptstädtische Polizeibehörde, welche übrigens die einzige staatliche Polizeibehörde in Ungarn ist.

Der Gemeinde- bzw. Kreisarzt.

Jede mit dem Jurisdiktionsrechte bekleidete oder mit geregeltem Magistrate versehene Stadt, sowie jede Gemeinde, welche über 6000

Einwohner besitzt, ist verpflichtet, einen Arzt anzustellen. Das Munizipium entscheidet unter Berücksichtigung der Orts- und Vermögensverhältnisse darüber, ob Gemeinden mit 6000 Einwohnern sich mit benachbarten kleineren Gemeinden zur Anstellung eines gemeinschaftlichen Arztes vereinigen dürfen; ebenso hat das Munizipium darüber zu verfügen, dass auch die übrigen Gemeinden, falls dieselben nicht aus eigenem Antriebe einen Gemeindearzt bestellt haben sollten, mit einer Gesamtzahl von 6000 bis 10000 Einwohnern sich zwecks Anstellung eines Arztes (Kreisarztes) zu einem Sanitätskreise vereinigt werden. In Gemeinden, welche aus irgend einer Ursache keinem Sanitätskreise zugewiesen werden können, hat der Bezirksarzt die Agenden des Gemeindearztes zu besorgen. Zum Behufe der Errichtung eines Bezirksspitales können mehrere zur Anstellung eines eigenen Arztes verpflichtete Gemeinden oder mehrere Sanitätskreise vereinigt werden. Jedenfalls sind die Gemeinden verpflichtet, zu dem Fonds des zunächst gelegenen, bereits bestehenden oder zu errichtenden Gemeinde- oder Bezirksspitals einen Beitrag zu leisten.

Der Gemeindearzt wird auf Grund vorhergegangener Ausschreibung der Stelle gewählt; sein Amt ist ein ständiges. Das Gehalt des Gemeinde- bzw. Kreizartes wird nach Massgabe der Vermögensverhältnisse der betreffenden Gemeinden nach Anhörung der Gemeindevorstände und bei Klein- und Grossgemeinden des Oberstuhlrichters, bei Städten mit geregeltem Magistrate des Vizegespans durch die Generalversammlung des Munizipiums festgesetzt. Der Vizegespan entscheidet in allen Fällen über den ständigen Wohnsitz des Arztes und über die Höhe des von den einzelnen Gemeinden zu dem Gehalte desselben zu leistenden Beitrages. Gegen diese Entscheidung ist die Berufung an den Verwaltungsausschuss des Munizipiums zulässig. Der Gemeinde- bzw. Kreisarzt hat die lokalen sanitätspolizeilichen und gerichtsärztlichen Agenden zu besorgen. Es liegt ihm ob: die unentgeltliche Behandlung der Armen seines Bezirks, die Behandlung der Vermögenden aber nach der in Bezug auf das Honorar mit der Gemeinde vorher getroffenen Vereinbarung; die sanitäts- und polizeiärztliche Ueberwachung der Findlinge, Kostkinder, der in Gemeindepflege befindlichen Geisteskranken, Blödsinnigen, Taubstummen und Krüppel; die Ausführung der Impfung gegen ein für das ganze Land festgesetztes Honorar; die Ausübung der Totenbeschau, falls kein besonderer Totenbeschauer vorhanden sein sollte, bei Armen unentgeltlich, bei Vermögenden gegen ein Honorar; die Beobachtung der



öffentlichen Gesundheitsverhältnisse und die Stellung von Anträgen zur Beseitigung von Missständen; die unentgeltliche Ausführung polizeiärztlicher Untersuchungen, und der gerichtsärztlichen auf Ladung gegen eine Gebühr. Er hat endlich bei plötzlichen Lebensgefährdungen einzugreifen, alle Sonderfunktionen zu vollführen, die ihm durch ein Gesetz oder eine Verordnung auferlegt werden, auch vierteljährlich einen Sanitätsbericht zu erstatten. In reinen Fachangelegenheiten verkehrt er mit dem Bezirksarzte unmittelbar.

Der Gemeinde-Sanitätsdienst in den grösseren, besonders in den mit dem Jurisdiktionsrechte versehenen Städten Ungarns ist im wesentlichen so wie in den Städten Oesterreichs organisiert. Unter der Leitung eines Oberphysikus besteht als Sanitätsamt das Stadtphysikat, welchem die städtischen Bezirks- und Armenärzte unterstellt sind. In der Haupt- und Residenzstadt Budapest verfügt das Stadtphysikat, abgesehen von dem Oberphysikus und dessen Vertreter zur Zeit über 15 Stadtärzte bzw. Physiker, von denen 4 im Amte selbst, die übrigen im Aussendienste bzw. in den Stadtbezirken beschäftigt sind und hier, mit Ausnahme des polizeilichen Dienstes, die meisten Obliegenheiten der Medizinal- und Sanitätspolizei, sowie die hygienischen Aufgaben zu erledigen haben. Sie beziehen dafür ein festes Gehalt von 1600 bis 4800 Kronen nebst einem entsprechend bemessenen Wohnungsgeldzuschuss. Ausser den Stadtphysikern fungieren gegen ein festes Gehalt von 800 bis 2600 Kronen 22 Armenärzte, welchen neben der Armenkrankenbehandlung die Ausführung des öffentlichen Impfgeschäfts und die Ueberwachung der Findlinge und Kostkinder obliegt. — Zur Ausübung des polizeiärztlichen Dienstes sind dem Polizeipräsidenten 1 Polizei-Oberarzt und 24 Polizeiärzte beigegeben, von welchen letzteren nur 15 ein festes Einkommen von 1200 Kronen beziehen, die übrigen 9 aber lediglich auf das Einkommen aus den Untersuchungen der Prostituierten angewiesen sind.

Gemeindehebammen.

Im Rahmen des Gemeinde-Sanitätsdienstes bestimmt das Sanitätsgesetz ferner, dass jede Gemeinde mit mindestens 1500 Einwohnern zur Anstellung einer Gemeindehebamme verpflichtet ist und dass Gemeinden mit geringerer Einwohnerzahl gemeinschaftlich eine Kreishebamme anstellen können. Sie wird durch die Gemeinde gewählt, welche auch mit Genehmigung des Munizipiums ihre Bezüge festsetzt.



Gemeinde-Sanitätskommission.

Endlich hat jede Einzelgemeinde bzw. jeder Sanitätsbezirk, welche einen Gemeinde- bzw. Kreisarzt besitzen, eine Gemeinde-Sanitätskommission zu bilden, deren Mitglieder sind: der Arzt, der Tierarzt, der Apotheker, der Seelsorger, Notare und Lehrer, und 3 in der Gemeinde wohnhafte, durch die Gemeindevertretung zu wählende Personen. Die Kommission wählt ihren Vorsitzenden aus der Reihe ihrer Mitglieder selbst. Die Sanitätskommission erstattet Gutachten und Anträge hinsichtlich des Vollzuges der Vorschriften und der Mängel des Gemeinde-Sanitätswesens an den Gemeindevorstand bzw. an die Behörde 1. Instanz, mit welchen beiden Behörden sie in der Regel nur verkehrt.

Zu Zeiten einer Epidemie hat sich die Sanitätskommission als Lokal-Epidemiekommission zu konstituieren und als solche zwecks Durchführung der erforderlichen Schutzmassregeln zu intervenieren.

Die obligatorische Totenbeschau.

Zu den Aufgaben des Gemeinde-Sanitätsdienstes gehört auch in Ungarn die obligatorische Totenbeschau; es darf niemand begraben werden, bevor der bestimmte Totenbeschauer die schriftliche Bestätigung über den Todesfall ausgefertigt hat; die Bestattung ist ferner in der Regel vor Ablauf von 48 Stunden nach dem Todesfalle untersagt.

Ausser ärztlichen Totenbeschauern können auch solche Laien angestellt werden, welche nach einem Lehrkursus, der durch den Bezirksarzt erteilt wird, die vorgeschriebene Prüfung mit Erfolg bestanden haben; letztere sind hinsichtlich ihrer Tätigkeit auf den Bereich desjenigen Munizipiums angewiesen, in welchem sie das Befähigungszeugnis erlangt haben.

Die Regelung der Totenbeschau entspricht hiernach im wesentlichen den für die österreichischen Kronländer massgebenden Verordnungen.

Die Organisation des Sanitätsdienstes in Ungarn hat viel Gemeinsames mit derjenigen Oesterreichs, ist aber noch mehr als hier auf der Grundlage der Selbstverwaltung aufgebaut. Abgesehen von der rein staatlichen Zentralinstanz, der die Leitung des gesamten Sanitätswesens untersteht, sind die wichtigsten Exekutivbeamten des Sanitätsdienstes, nämlich der Vizegespan und der Oberstuhlrichter, Organe der autonomen Munizipalbehörde, während nur der Polizei-

hauptmann, welcher in den Städten mit Jurisdiktionsrecht denselben Wirkungskreis hat wie der Oberstuhlrichter in seinem Bezirke, ferner der Oberphysikus, sowie die Bezirks- und Tierärzte, von dem Repräsentanten der Regierung gewählt werden, also die Stellung von Beamten der politischen Behörde einnehmen, mit Ausnahme der Haupt- und Residenzstadt Budapest, wo die genannten Medizinal- und Veterinärbeamten, sowie die dem Polizei-Stadthauptmann gleichgestellten Bezirksvorsteher gleichfalls von der zuständigen städtischen Behörde gewählt werden.

Wenn auch das ungarische Sanitätsgesetz von 1876 sich nicht nur, wie dies bei dem österreichischen Reichssanitätsgesetz der Fall ist, auf die Organisation des Sanitätsdienstes beschränkt, sondern auch die gesamte Medizinal- und Sanitätspolizei regelt und daher für das ganze Land bzw. für alle munizipalen Selbstverwaltungskörper auf sanitärem Gebiete eine einheitliche Grundlage geschaffen hat, so kann doch die Regierung, d. h. die politische Behörde trotz des Aufsichtsrechts des Obergespans über die autonomen und staatlichen Beamten seines Munizipiums auf die Durchführung des Sanitätsgesetzes nicht denjenigen Einfluss ausüben, wie in den österreichischen Kronländern, wo auch bis zu den unteren Instanzen hinab den autonomen Selbstverwaltungsorganen die entsprechenden Instanzen der politischen Behörde gegenüberstehen. Die Fortschritte im Sanitätswesen sind daher in Ungarn noch wesentlich mehr von der Initiative der Selbstverwaltung abhängig, als dies schon in den österreichischen Kronländern der Fall ist. Ein gewisser Ausgleich wird nur dadurch bewirkt, als der Staat den Gemeinden vielfache Lasten abnimmt, indem er nicht nur die Verpflegungskosten für jede in einer Landeshebammenschule verpflegte Person, für unbemittelte Syphiliskranke, für Trachomkranke und Ausländer, für jeden unbemittelten Geisteskranken und für alle Kranke trägt, deren Ortsangehörigkeit nicht festgestellt werden kann, sondern auch unter Umständen ganz oder teilweise für die Kosten aufkommt, welche durch solche Massnahmen notwendig werden, die, wie schon oben angeführt, aus Anlass erhöhter Sterblichkeit in einer Gemeinde im Aufsichtswege angeordnet worden sind, oder die, wie z. B. das Desinfektionswesen, zu den direkten Massregeln der Seuchenbekämpfung gehören.

Das technische Personal bei der Medizinalabteilung der Zentralbehörde ist in Ungarn wesentlich reichlicher bemessen, als im Sanitätsdepartement des österreichischen Ministeriums des Innern. Es dürfte



dies darauf zurückzuführen sein, dass die Munizipalbehörden (1. und 2. Instanz) nur über je einen Medizinalbeamten verfügen und daher Bereisungen des Landes durch die Ministerialkommissare sehr häufig notwendig werden, eine Aufgabe, der sich in Oesterreich die Landes-Sanitätsinspektoren regelmässig unterziehen müssen. Ob diese grössere Zentralisierung der staatlichen Aufsicht in Ungarn gegenüber den ausgedehnten Befugnissen der Selbstverwaltungsorgane sich als ausreichend wirksam erweist, muss dahingestellt bleiben.

Die Organisation und Tätigkeit des ungarischen Landes-Sanitätsrats hat keineswegs die Bedeutung des Obersten Sanitätsrats in Oesterreich, indem er fast ausschliesslich als fachwissenschaftliches Organ der Zentralinstanz in Frage kommt und von den Gemeinden oder den Munizipalbehörden nicht in Anspruch genommen werden kann. Es kommt hinzu, dass ihm seit 1890 auch die dem justizärztlichen Senate überwiesenen gerichtsärztlichen Angelegenheiten entzogen worden sind.

Von grosser Wichtigkeit für eine sachgemässe Durchführung der dem 1. Munizipalbeamten obliegenden Aufgaben auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege ist die Institution der ihm als Fachorgan beigegebenen Sanitätskommission, welche dem bei den einzelnen Landesverwaltungen Oesterreichs fungierenden Landessanitätsrat entspricht und welcher bei drohendem oder eingetretenem Ausbruche einer Epidemie als Epidemiekommission sogar exekutive Befugnis zustehen. Es ist diese Sanitätskommission des Munizipiums nicht in demselben Grade eine rein fachwissenschaftliche Körperschaft, wie der Landessanitätsrat, worauf schon der Umstand hindeutet, dass ihr eine der Zahl der technischen Mitglieder entsprechend gleiche Zahl von Mitgliedern des Munizipalausschusses, also Laien angehören; sie ist eher vergleichbar einer Gesundheitskommission grösseren Stils, die unter Umständen, wie zur Zeit von Epidemien, auch eine praktische Tätigkeit ausübt und zu deren Unterstützung beispielsweise in Budapest besondere Lokal-Epidemiekommissionen gebildet werden, deren Aufgaben von der Munizipalkommission festgesetzt werden. Man kann hieraus entnehmen, dass auch auf diesem Gebiete der staatliche Sanitätsbeamte mehr in den Hintergrund tritt und der Selbstverwaltung ein grosser Einfluss zugebilligt wird. Immerhin ist der Sanitätskommission des Munizipiums derselbe Wert beizumessen, wie dem österreichischen Landessanitätsrat und man wird auch in ihren Einrichtungen manches finden, was bei einer Umgestaltung des Preussischen Medizinalkollegiums Berücksichtigung verdiente.

Was den Gemeinde-Sanitätsdienst in Ungarn anbetrifft, so hat eine Entwickelung in den ärmeren Gemeinden des Landes bisher darunter gelitten, dass eine staatliche Regelung der Einkommensverhältnisse der Gemeinde- bzw. Kreizärzte noch nicht erfolgt, auch für die Deckung der den Gemeinden durch die Anstellung solcher Aerzte erwachsenen Kosten in der Weise, wie dies seitens der autonomen Landesverwaltungen Oesterreichs geschehen, noch nicht gesorgt ist, was zur Folge hat, dass zahlreiche Gemeinden noch immer eines Gemeindearztes ermangeln, oder wenigstens mit Rücksicht auf das unzureichende Einkommen solcher Stellen auf geeignete Kräfte verzichten müssen. Nachdem im Jahre 1903 eine Aufbesserung der Gehälter der staatlichen Bezirksärzte stattgefunden hat, beabsichtigt man demnächst auch an eine Gehaltsregulierung der Gemeindeärzte heranzutreten. Was im übrigen in dem vorhergegangenen Abschnitte dieses Berichtes über die Vorteile des Gemeinde-Sanitätsdienstes für das öffentliche Gesundheitswesen, insbesondere für eine sachgemässe Durchführung der sanitären Verordnungen des Staates und der Selbstverwaltungskörper in Oesterreich gesagt ist, kann auch in bezug auf die ungarischen Verhältnisse als zutreffend bezeichnet werden. —

B. Seuchenbekämpfung.

Allgemeine Bestimmungen.

Die Bestimmungen des Sanitätsgesetzes von 1876, welche sich auf die Seuchenbekämpfung beziehen, beschränken sich nur auf gewisse allgemeine Grundsätze für das Verfahren, welches die Gemeinden und Verwaltungsbehörden den „Epidemien und Seuchen“ gegenüber zu beobachten haben. Es hat daher, abgesehen von den schon eingangs dieses Abschnittes erwähnten Ergänzungsgesetzen von 1886 über die Trachombekämpfung und von 1887 über die Schutzpockenimpfung, zahlreicher ministerieller und munizipaler Verordnungen, Ausführungsbestimmungen und Verfügungen bedurft, um den Fortschritten auf diesem Gebiete auch in Ungarn einigermassen gerecht zu werden.

Ueber die Anzeigepflicht bestimmt das Sanitätsgesetz, dass nicht nur die Gemeindevorstände, sondern auch Aerzte, Seelsorger, Lehrer, sowie überhaupt alle diejenigen, welche zur Kenntnis von Fällen einer ansteckenden Krankheit, aber auch von solchen Fällen, wo zu gleicher Zeit eine grössere Zahl von Personen von einer und derselben, nicht ansteckenden Krankheit befallen werden, gelangen, der zuständigen



Behörde 1. Instanz Anzeige zu erstatten haben, während letztere hiervon sofort das Munizipium und dieses binnen 24 Stunden den Minister des Innern zu verständigen hat. Zu den anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten gehören nach den im Verlaufe der Zeit massgebend gewordenen Bestimmungen: Diphtherie und Croup, Scharlach, Masern, Keuchhusten, alle Blatternarten, Darmtyphus, Flecktyphus, Ruhr, Cholera, (asiatische und nostras), Mumps, Meningitis cerebrospinalis, Trachom, Kindbettfieber und Pest. Den Aerzten werden für die Anzeige portofreie Postkarten zur Verfügung gestellt.

Die Konstatierung einer Epidemie erfolgt durch die Sanitätsorgane des Munizipiums, welches für die Anordnung und Durchführung aller zur Bekämpfung derselben erforderlichen „Schutz- und Heilmassregeln" zu sorgen, über den weiteren Verlauf der Epidemie 2 Mal monatlich einen zahlenmässigen Ausweis, eventuell periodische und Schlussberichte an das Ministerium des Innern zu erstatten hat. Die Zentralinstanz wird demgemäss über jede anzeigepflichtige Infektionskrankheit von deren Ausbruch an dauernd auf dem Laufendenden erhalten.

Ganz eigenartige Bestimmungen des Sanitätsgesetzes sind folgende:

Es kann bei ansteckenden Krankheiten die zwangsweise Behandlung, demgemäss auch die zwangsweise Ueberführung des Kranken in ein Isolierspital angeordnet werden.

Infektionskranken ist sofort ärztliche Hilfe zu beschaffen, wozu jeder Familienvater, Gewerbetreibende, Fabrikant oder Bergwerksbesitzer für die Familienmitglieder, das Hausgesinde, Gesellen, Lehrlinge und Arbeiter, auch jeder Institutseigentümer für seine Zöglinge verpflichtet ist.

Kein Arzt darf die für einen Infektionskranken erbetene Hilfeleistung verweigern und muss, falls er der alleinige Arzt seines Wohnortes ist, auch die weitere Behandlung übernehmen.

Es können erforderlichen Falles besondere Epidemieärzte bestellt werden, und es darf kein Arzt innerhalb seines Wirkungskreises eine solche Berufung ablehnen. Die Witwen und Waisen eines im Dienste des Staates oder eines öffentlichen Fonds ständig angestellt gewesenen Arztes, Wundarztes oder Krankenwärters haben für den Fall, dass der Ehemann bzw. Vater nachweisbar infolge seiner Dienstleistung in Epidemieangelegenheiten verstorben ist, Anspruch auf Pensionsgebühren und Erziehungsbeiträge, wenn der Verstorbene auch nicht voll 10 Jahre gedient haben sollte. Dasselbe gilt in solchen Fällen, wo Aerzte jeder Art, also auch Privatärzte, die infolge behördlicher Aufforderung in



Epidemieangelegenheiten angestellt worden sind, bei dieser Berufstätigkeit bzw. infolge ihrer Verwendung dieser Art verstorben sind; die Pensionsbezüge und Erziehungsbeiträge werden, falls bei den Munizipien ein Pensionsfonds nicht besteht, gleichfalls aus der Staatskasse bestritten.

Zu den Aufgaben, welche den Munizipien beim Ausbruche einer Epidemie obliegen, gehören die Herstellung der nötigen Spitallokalitäten, die Besorgung der ärztlichen Hilfeleistung, die Anschaffung der erforderlichen Arzneien, die Aufstellung und Belehrung des notwendigen Wärterpersonals, die Absonderung der Kranken von den Gesunden, die möglichste Unterstützung der Notleidenden, die Ausführung der Desinfektion, die Sorge für die öffentliche Reinlichkeit, pünktliche Handhabung der Marktpolizei, sowie die möglichste Beseitigung aller der Ausbreitung der Epidemie förderlichen Faktoren.

Die wegen Epidemien auf dem festen Lande allenfalls nötige Kontumaz- und Grenzsperre kann bezüglich der Reisenden, wie der Frachten nur infolge Ermächtigung der Regierung angeordnet werden. Die durch die Ausstellung von besonderen Epidemieärzten entstehenden Kosten werden auf Antrag der Munizipien meist auf die Staatskasse übernommen.

Das Desinfektionswesen.

Das Desinfektionswesen hat in Ungarn erst im Laufe des letzten Jahrzehnts eine Entwickelung erfahren, vornehmlich in grösseren Städten, von denen die Munizipalstädte jetzt durchgängig über Desinfektionsanstalten mit einem von den Lokal-Sanitätsbehörden eigens ausgebildeten Personal verfügen. Staatlicherseits ist seit dem Jahre 1894 ein Einfluss auf die Förderung des Desinfektionswesens nach der Richtung hin ausgeübt worden, dass wenigstens alle wohlhabenderen Gemeinden und die Städte mit geordnetem Magistrat zur Beschaffung transportabler Dampfdesinfektionsapparate, ärmere Gemeinden wenigstens bezirksweise dazu veranlasst wurden. Die Apparate werden vor ihrer Einstellung und demnächst von Zeit zu Zeit auf ihre Brauchbarkeit durch den Oberphysikus geprüft. In besonders gefährdeten Orten, wo die Beschaffung von solchen Apparaten aus Gemeindemitteln nicht möglich ist, werden auf Staatskosten Apparate eingestellt. Die Ausbildung der Desinfektoren erfolgt überall durch den zuständigen Oberphysikus. Die Ausführung der Desinfektion geschieht in einzelnen Munizipien unentgeltlich, in anderen, soweit nicht die Armenpflege in Frage kommt,

gegen eine bestimmte Gebühr. In Budapest, wo die Desinfektionen und der Transport der Infektionskranken unentgeltlich erfolgen, partizipiert der Staat an den Gesamtkosten mit 50 pCt.

Zur Zeit befindet sich auch ein Gesetzentwurf in Vorbereitung, wonach für den Bereich des ganzen Ungarischen Staates eine obligatorische Desinfektion bei Cholera, Pest, Diphtherie, Scharlach, allen Typhusarten, Kindbettfieber und bei Todesfällen und Wohnungswechsel Tuberkulöser eingeführt werden soll.

Von den Desinfektionsanstalten grösserer Städte dürfte diejenige der Hauptstadt Budapest die wichtigste sein. Sie grenzt an das Gelände der Infektionsspitäler St. Gerhardus und St. Ladislaus und ist mit der Anstalt für das städtische Krankentransportwesen verbunden. Leiter der Gesamtanstalt ist Direktor Dr. Bukowski, dem auch die Ausbildung der städtischen Desinfektoren obliegt. Besonders bemerkenswerte Einrichtungen hat das Institut nicht aufzuweisen.

Isolierspitäler.

Das Sanitätsgesetz von 1876 beschränkt sich bezüglich der Absonderung von Infektionskranken in Krankenanstalten nur auf die Bestimmung, dass das Munizipium für die Herstellung der zur Aufnahme solcher Kranken nötigen Spitallokalitäten Sorge zu tragen hat. Eigentliche Infektionsspitäler sind im wesentlichen erst durch eine Verordnung des Ministers des Innern aus Anlass der Choleraepidemie im Jahre 1892 geschaffen worden, wonach für jede Gemeinde mit über 1000 Einwohnern ein Epidemiespital, in welchem jeder Kranke ohne Rücksicht auf seine Herkunft und seine Vermögenslage Aufnahme finden muss, ferner für kleinere Gemeinden ein Isolierlokal zur Aufnahme fremder und heimatloser Kranken bereit zu stellen ist. Die Kommunen sind dieser Aufgabe durch die Errichtung besonderer Epidemiespitäler oder besonderer Abteilungen der bestehenden allgegemeinen Krankenanstalten im Pavillonsystem, oder endlich durch die Beschaffung transportabler Baracken nachgekommen. Eine weitere wichtige Bestimmung ist für die Neuerrichtung von Spitälern und Heilanstalten durch die vom Minister des Innern im Jahre 1898 erlassene Normalverordnung dahin getroffen worden, dass jede Anstalt, welche den Bestimmungen dieses Normales unterliegt, über entsprechende Lokale — im Verhältnis zum Gesamtbelegraume — zur abgesonderten Unterbringung von Infektionskranken verfügen muss. Schon vor Inkrafttreten dieser Normalverordnung bestanden in 2621



Gemeinden Ungarns teils Epidemiespitäler, teils Isolierpavillons; die Zahl dieser Einrichtungen hat sich seitdem erheblich vermehrt. Den Gemeinden werden die durch die Unterhaltung der Epidemiespitäler pp. erwachsenen Lasten dadurch bedeutend erleichtert, dass der Staat bei festgestellter Mittellosigkeit der Kranken die Verpflegungsgebühr bei Syphilis, Trachom, Cholera und Pest voll, bei allen übrigen Infektionskrankheiten zur Hälfte ersetzt. Also auch auf diesem Gebiete der Seuchenbekämpfung äussert sich die Fürsorge des Staates trotz der weitgehenden Prärogative der Selbstverwaltung in hervorragendem Masse. Zu den Epidemiespitälern grösseren Umfangs in Budapest gehören das St. Gerhardusspital und als Filiale des St. Rochusspitals das St. Ladislausspital; beide Anstalten sind im modernen Pavillonsystem gehalten und entsprechen auch hinsichtlich ihrer Einrichtungen allen Anforderungen einer exakten Absonderung der Kranken. Eine nicht einwandsfreie Trennung der einzelnen Kategorien von Infektionskranken findet in der Abteilung für infektionskranke Kinder des St. Johanneshospitals statt. Weitere Isolierabteilungen besitzen das Stephanien-Kinderhospital (für Scharlach-, Masern- und Diphtheriekranke), das israelitische Kinderhospital (zu gleichem Zwecke), das Hospital „Elisabeth" vóm Roten Kreuz für Infektionskranke jeder Art.

Heilserum-Anstalten.

Zur Behandlung von Kranken mit Bissverletzungen durch tollwutkranke Tiere ist im Jahre 1890 ein staatliches Pasteur-Institut errichtet, welches unter der Leitung des Professors Hogyes steht. Dasselbe ist im Jahre 1904 in einem an das Institut für allgemeine Pathologie und Therapie angeschlossenen Neubau untergebracht und hier auch mit einer Spitalstation verbunden. Die antirabische Behandlung erfolgt unentgeltlich; die Spitalskosten werden für unvermögende Personen aus dem Krankenverpflegungsfonds des zuständigen Munizipiums bestritten.

Die Herstellung des Diphtherie-Heilserums erfolgt im wesentlichen durch private, staatlich konzessionierte Anstalten, deren es zur Zeit 10 gibt, darunter 2 in Budapest. Die Kontrolle über die in diesen Anstalten erzeugten Produkte findet in der Zentralimpfstoff-Untersuchungsanstalt, welche sich im Stephanien-Kinderhospitale befindet, statt. Diejenige Serummenge, welche der Staat unentgeltlich zur Vertreilung an unvermögende Kranke im Lande versendet, wird

in einem staatlichen Institute hergestellt, und zwar in der K. Ungarischen Staatlichen bakteriologischen Anstalt, welche aus einem an die Veterinär-Hochschule angeschlossenen, vom Ackerbau-Ministerium ressortierenden Institute zum Studium der Tierkrankheiten hervorgegangen ist und nunmehr auf Grund einer vom Ministerium des Innern geleisteten Dotation dazu bestimmt ist, neben der Herstellung des Diphtherie-Heilserums alle bakteriologischen Untersuchungen auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten, besonders der Cholera und der Pest auszuführen. Diese unter der Leitung des Professors Dr. Hugo Preisz stehende Staatsanstalt kann gewissermassen als ein hygienisches Institut im Sinne der deutschen Universitätsinstitute dieser Art gelten.

Zu den auch für Ungarn massgebenden Schutzmassregeln gegen die Einschleppung und Verbreitung ansteckender Krankheiten gehören auf Grund eines besonderen Gesetzesartikels vom Jahre 1894 die durch die Beschlüsse der internationalen gesundheitlichen Konferenz in Dresden getroffenen Vereinbarungen.

Trachombekämpfung.

Eine ganz besondere Fürsorge wird in Ungarn der Bekämpfung des Trachoms zu teil, dessen ausserordentliche Verbreitung in zahlreichen Komitaten des Landes auf Veranlassung des Ministers des Innern Koloman Tisza zuerst im Jahre 1883 durch den Regimentsarzt Nathan Feuer ermittelt worden ist. Im folgenden Jahre erschienen die ersten Trachom-Vorschriften, die sich auf eine populäre Belehrung über das Wesen dieser Augenkrankheit und die diesbezüglichen Pflichten der Sanitätsbehörden, sowie auf eine Belehrung der Aerzte über die Pathologie und Therapie des Trachoms und über die speziellen ärztlichen Aufgaben zur Bekämpfung einer Trachom-Epidemie beschränkten. Da für eine wirksame Bekämpfung dieser Krankheit das Sanitätsgesetz von 1876 keine hinreichende Handhabe bot, wurde nunmehr durch ein Sondergesetz im Jahre 1886 eine neue Grundlage geschaffen. Das neue Gesetz bestimmte:

1. Die Verpflegungskosten für jeden mittellosen Trachomkranken, der in irgend einem Spitale, oder auf behördliche Anweisung zu Hause behandelt wird, trägt der Staatsschatz;
2. in Gegenden, wo die Krankheit eine grössere Ausbreitung gefunden hat, werden Augenärzte entsendet, deren Aufgabe es ist, die Krankheit festzustellen, die Behandlung in den

Gemeinden zu organisieren, während dieser Zeit die schwereren Kranken zu behandeln und die eventuell mit der Behandlung des Leidens nicht genügend vertrauten Gemeinde- und Kreisärzte in der Therapie zu unterweisen;

3. für die Dauer des Bedarfs können Augenspitäler errichtet werden;
4. der Minister des Innern wird ermächtigt, behufs Unterweisung der Gemeinde-, Kreis- und Amtsärzte in der Pathologie und Therapie des Trachoms Kurse einzurichten, die daran teilnehmenden Aerzte materiell zu unterstützen und an die Gemeinde- bzw. Kreisärzte Remunerationen zu verteilen;
5. die Kosten aller dieser Massnahmen trägt der Staatsschatz.

Die Bekämpfung des Trachoms nach diesen Grundsätzen hatte zur Folge, dass die Morbiditätsziffer unter der Bevölkerung allgemein von 4,5 pCt, im Jahre 1883 auf 1,2 pCt. im Jahre 1899 sank, und dass in den unentgeltlichen Augenambulatorien von Budapest in dem Zeitraume von 1893 bis 1903 die Zahl der Trachomkranken von 9 bis 10 pCt. aller Augenkranken auf kaum 2 pCt. heruntergegangen ist.

Die Organisation und die Durchführung der Trachombekämpfung war von vornherein dem vorgenannten Arzte Feuer übertragen worden, der zu diesem Zwecke in der Zentralinstanz als Sanitätsinspektor Anstellung fand. Seit dessen Tode im Jahre 1902 fungiert als Regierungskommissar der Universitätsprofessor Emil von Gròsz, auf dessen Initiative und Vorschläge der weitere Ausbau der Trachombekämpfung zurückzuführen ist, wie solcher in der Zirkular-Verordnung des Ministers des Innern vom Jahre 1903, betreffend die Schutzmassregeln und das Heilverfahren gegen das Trachom Ausdruck gefunden hat.

Diese Verordnung regelt im Abschnitt I:

1. die Anzeigepflicht bei jedem ersten und jedem weiteren Fall einer Trachomerkrankung für jeden Privat-, Gemeinde-, Kreis- oder staatlichen Trachomarzt, jeden Leiter eines Spitals, einer Heilanstalt und einer Poliklinik;
2. die Anlegung von Meldeblättern seitens der erstinstanzlichen Sanitätsbehörde, die Führung von Nachweisungen auf Grund der Meldeblätter seitens der Gemeinde- pp. Aerzte und der Bezirksärzte; die sofortige Ermittelung des Augenzustandes der Personen aus der Umgebung des gemeldeten Kranken,



die Belehrung dieser Personen; die Benachrichtigung der Sanitätsbehörde der Heimatsgemeinde des Kranken zu gleichem Zwecke;

3. die Ausführung allgemeiner Augenuntersuchungen in jeder Volks-, Mittel- und Fachschule, und zwar a) an trachomfreien Orten zu Beginn und am Schlusse des Schuljahres, b) in Gemeinden mit mehreren Trachomkranken auch noch in der Mitte des Schuljahres; systematische Augenuntersuchungen in Fabriken, grösseren Werkstätten, Waisenanstalten, Gefängnissen, Besserungsanstalten, in den Kolonien der staatlichen Kinderasyle zu a) halbjährlich 1 mal, zu b) jährlich 1 mal; Untersuchung eines jeden Dienstboten bei der Ausstellung oder Vidimierung eines Dienstbuches, eines jeden aus Amerika heimkehrenden Arbeiters, eines jeden verhafteten oder arretierten Individuums; endlich eines jeden in eine Irrenanstalt eingelieferten Geisteskranken.

   Allgemeine Augenuntersuchungen haben fortan nur noch auf Anordnung des Ministers nach Erfordernis von Fall zu Fall stattzufinden.

   (Hierzu gehören noch weitere Ausführungsbestimmungen über die Evidenzhaltung der Trachomfälle.)

4. die Berichterstattung an die Zentralinstanz über den Stand des Trachoms.

Der II. Abschnitt der Verordnung behandelt die Schutzmassregeln gegen die Verbreitung des Trachoms, und zwar bezüglich der Schulen bzw. der Schüler; der ansässigen und der auswandernden Arbeiter; der Volksgebräuche; des Militärs bei der Rekrutierung, Beurlaubung und Einquartierung; des Bahntransportes und der Desinfektion.

Der III. Abschnitt regelt die Behandlung der Trachomkranken, und zwar:

1. die Organisation der ambulanten Behandlung durch die Einrichtung öffentlicher unentgeltlicher Ordinationen in den Gemeinden; die Aufklärung des Volkes durch den Arzt bei Gelegenheit der Behandlung, die unentgeltliche Verteilung von auf Veranlassung des Ministers hergestellten Abhandlungen über das Trachom;

2. die Spitalbehandlung, welche für bestimmte Formen des Trachoms vorbehalten ist und auf Staatskosten erfolgt; die

Errichtung von besonderen Augenabteilungen in bestehenden Krankenhäusern;

3. die Heranziehung der Gemeinde- bzw. Kreisärzte für den Trachomdienst und die Unterstützung derselben in dieser Tätigkeit durch die Munizipien; die Entsendung besonderer Trachomärzte durch den Minister; die Kontrolle der Trachomärzte durch die beamteten Aerzte;
4. die Honorierung der Trachomärzte durch die Gemeinden, eventuell unter Beihilfe des Staates;
5. die Errichtung von 14tägigen Fortbildungskursen für Trachomärzte unter Gewährung von Tagegeldern und Reisekosten seitens des Staates.

Die Trachombekämpfung hat hiernach auf der Grundlage des Gemeindesanitätsdienstes eine einheitliche und dauernde, nicht nur gelegentlichen Bedürfnissen angepasste Regelung erfahren, welche ohne weiteres als mustergiltig anzuerkennen und mit den, den ärztlichem Trachomdienst betreffenden Modifikationen auch auf preussische Verhältnisse übertragbar ist.

Syphilis und Prostitution.

Das Sanitätsgesetz von 1876 hat bezüglich der Syphilisbekämpfung besondere Massregeln dahin getroffen, dass syphilitische Personen, deren ärztliche Behandlung zu Hause ihrer Vermögens- und häuslichen Verhältnisse wegen nicht möglich ist, in das nächste Zivilspital, und in Ermangelung eines solchen in das nächste Militärspital zu transportieren und daselbst bis zu ihrer gänzlichen Herstellung zurückzubehalten sind. Ist unter den Bewohnern einer Gegend die Syphilis in dem Masse verbreitet, dass zu deren Unterdrückung die ordentlichen, von der Behörde getroffenen Schutz- und Heilmassregeln sich nicht als genügend erweisen, so sind daselbst, und zwar womöglich im Zentrum des Krankheitsgebietes Notspitäler auf Staatskosten zu errichten. Derartige Spitäler sind jedoch nur für die Dauer der Krankheit bestimmt und nach deren Erlöschen sofort aufzuheben. Für die Verpflegungskosten kommt bei mittellosen Personen der Staat auf. In den grösseren Krankenhäusern des Landes bestehen dort, wo das Prostitutionswesen überhaupt eine Rolle spielt, besondere Abteilungen für Geschlechtskranke, in Budapest beispielsweise dienen 2 grosse Dependancen des St. Rochus-Hospitals zur Unterbringung und Behandlung solcher Kranken.



Die sanitätspolizeilichen Aufgaben auf dem Gebiete des Prostitutionswesens sind eine Angelegenheit der Kommunen; zu diesem Zwecke stellt das zuständе Munizipium Normalien auf, welche jedoch der Genehmigung des Ministers des Innern bedürfen. Nur in der Haupt- und Resistenzstadt Budapest ressortiert das Prostitutionswesen von der staatlichen Polizei, dem Königlichen Polizeipräsidium; die Kommune selbst trägt 50 pCt. zu den Kosten der Prostitutionsüberwachung bei. Die eigenartigen Einrichtungen derselben, durch welche auch eine Lösung der Frage der geheimen Prostitution versucht worden ist, dürften eine eingehendere Darstellung rechtfertigen. Das alte, im Jahre 1848 von der städtischen Munizipalbehörde entworfene Statut, welches gegenwärtig einer Umarbeitung unterliegt, hat seit Uebergang des Prostitutionswesens auf die staatliche Behörde im Jahre 1881 auf Grund des dem Polizeipräsidenten in dieser Beziehung zustehenden Rechtes eine vielfache Ergänzung durch Ausführungsbestimmungen erhalten und ist dadurch den heutigen Bedürfnissen einigermassen angepasst worden.

Die Sittenpolizei steht in Budapest unter der Verwaltung eines Polizei-Hauptmanns, dem als technischer Rat der Polizei-Oberarzt beigegeben ist; letzterer ist der Chef der 24 mit der Ausführung der Sittenkontrolle beauftragten Polizeiärzte, welche von ihm kontrolliert werden. Die Verteilung der unter Sittenkontrolle stehenden Prostituierten auf die Polizeiärzte erfolgt nach deren Anciennität in der Weise, dass den älteren Polizeiärzten eine grössere Zahl von Prostituierten zugewiesen und ihnen, da die Untersuchungen gebührenpflichtig sind, dadurch ein höheres Einkommen sichergestellt wird. Da von den 24 Polizeiärzten nur 15 ein Stellengehalt (von 1200 Kr.) beziehen, sind die übrigen überhaupt nur auf das Einkommen durch die Sittenkontrolle angewiesen.

Die ärztlichen Untersuchungen der eingeschriebenen Prostituierten, sowohl der freien, wie der in Bordellen kasernierten, erfolgt 2 mal wöchentlich; ausserdem findet alle 8 Wochen 1 mal eine Kontrolluntersuchung durch den Oberarzt statt; Ort der Untersuchung ist für erstere Kategorie von Prostituierten die eigene Wohnung derselben, sofern sie dazu geeignet erscheint, anderenfalls das Untersuchungslokal des zuständigen Polizeibezirks; für die Kasernierten das Bordell. Für jede Untersuchung im Bordell bzw. auf dem Polizeiamte ist 1 Krone, für jede Untersuchung in der Wohnung der Prostituierten sind 2 Kronen zu entrichten; letztere Gebühr entfällt auch auf jede oberärztliche

Kontrolluntersuchung, die nur im Bureau des Polizei-Oberarztes vorgenommen wird. Oberärztliche Untersuchungen finden ferner statt: bei jeder ersten Anmeldung einer Person, die sich unter Sittenkontrolle zu stellen beabsichtigt, oder einer von auswärts zugezogenen Prostituierten; bei jedem Wohnungswechsel der Prostituierten, der auf dem Hauptamte persönlich angemeldet werden muss; endlich bei der Anmeldung nach Entlassung einer Prostituierten aus dem Spital.

Grundsatz für die Ausübung der Sittenkontrolle in Budapest ist, dass die Zwangseintragung einer Person als Prostituierte nicht besteht und dass jeder Prostituierten, welche übrigens bei der Unterstellung unter die Kontrolle mit einem Gesundheitsbuche versehen wird, die Aufgabe ihres Gewerbes ermöglicht und erleichtert wird, sofern sie binnen 15 Tagen eine anderweitige Beschäftigung nachzuweisen in der Lage ist, in welchem Falle ihr die bei der Eintragung abgenommenen Ausweisdokumente (Dienstbuch etc.) wieder ausgehändigt werden. Kann sie eine Beschäftigung nicht nachweisen, so wird sie, falls sie in der Hauptstadt nicht Gemeindezuständigkeit besitzt, aus dem Gemeindebezirke ausgewiesen, anderenfalls aber mit sogenannter offener Ordre unter polizeiliche Aufsicht gestellt. Ergibt sich, dass sie nach wie vor Unzucht betreibt, so wird sie polizeilich bestraft, so als ob sie noch unter keiner Kontrolle gestanden hätte; eventuell tritt immer wieder eine weitere Bestrafung ein, jedoch keine zwangsweise Unterstellung unter die Kontrolle, um ihr für die Folge nicht die Möglichkeit zu nehmen, sich einer ordentlichen und ehrenhaften Beschäftigung wieder zuzuwenden.

Eine wichtige und bemerkenswerte Einrichtung, welche die Gefahren der sich auch in Budapest immer weiter ausbreitenden geheimen Prostitution mit bezug auf die Uebertragung der Geschlechtskrankheiten nach Möglichkeit einzuschränken bestimmt ist, sei hier besonders erwähnt:

Personen, welche nicht öffentliche, bzw. nicht berufsmässige Prostitution betreiben, sondern dadurch nur einen gelegentlichen Nebenerwerb zu erlangen bestrebt sind, können sich behufs Vermittelung der Ausfertigung eines sogenannten Gesundheisblattes an einen der dazu bestimmten Polizeiärzte (es sind dies 5 aus dem Personal der Polizeiärzte besonders ausgewählte Sittenärzte) melden, der ihre Legitimationspapiere in Empfang nimmt, ihre Personalien formularmässig aufnimmt, sie untersucht und ihnen ein temporäres Gesundheitsblatt ausstellt. Die Personalverhandlung sowie die



Legimitationspapiere übermittelt der Arzt im Kuvert verschlossen dem Leiter der Sittenpolizei, der die Dokumente prüft und, falls diese in Ordnung befunden werden, und falls auch im übrigen festgestellt wird, dass die qu. Person vertrauenswürdig ist, auch während der letzten 2 Jahre nicht unter Sittenkontrolle gestanden hat, die Ausstellung des definitiven Gesundheitsblattes bewilligt, ihren Namen in eine besondere Nachweisung einträgt, den Personalbogen als Stammblatt in geheimem Fache verwahrt, die Legitimationspapiere aber dem Arzte zur Rückgabe an die Person zurückstellt. Kann die Genehmigung nicht erfolgen, so wird die Personalverhandlung, bzw. das Stammblatt dem Arzte per Kuvert zur Vernichtung durch ihn zurückgegeben und es erfolgt nunmehr die Abweisung der Person durch den Arzt selbst. Im Falle der Bewilligung dagegen stellt der Arzt das Gesundheitsblatt, auf welchem der Name, der Geburtsort und die Wohnung der Person eingetragen werden, aus und verpflichtet sie, sich wöchentlich 1 mal bei einem ihr bestimmten Polizeiarzte zur Untersuchung zu melden; diese Untersuchung erfolgt gegen eine Gebühr von 2 Kr. nicht in dem Amtslokale desselben, sondern gewöhnlich in einem von dem Sittenarzte gemieteten Privatlokale. Verheiratete Personen dürfen ohne Genehmigung des Ehemannes Gesundheitsblätter nicht erhalten, solange sie mit ihm gemeinschaftlich leben. Ferner werden Gesundheitsblätter nicht erteilt an Personen, welche minderjährig (noch nicht 24 Jahre alt) sind, solange sie im Familienkreise leben und die Zustimmung des Familienvorstandes nicht erlangt haben; nicht an Lehrerinnen, Kindergärtnerinnen, Erzieherinnen und Bonnen, bzw. an solche Personen, denen die Erziehung von Kindern obliegt, endlich auch nicht an Dienstboten. Personen, welche auf die Erteilung von Gesundheitsblättern Anspruch erheben, müssen eine regelmässige Beschäftigung nachweisen; stellt sich nach Erteilung des Gesundheitsblattes heraus, dass sie die Prostitution als einzigen Erwerbszweig ausüben oder sonst einen anstössigen Lebenswandel führen, dann wird ihnen das Gesundheitsblatt entzogen und sie werden alsdann als unter sittenpolizeilicher Kontrolle stehende Prostituierte behandelt.

Aus Vorstehendem ergibt sich, dass Personen, welche sich durch die geheime Prostitution nur einen gelegentlichen Nebenerwerb zu verschaffen suchen, mit der Polizei nicht direkt in Verbindung zu treten brauchen, um nach aussen hin nicht kompromittiert zu werden; ihre Persönlichkeit ist nur dem Polizeiarzte bekannt, bei dem sie die Ausstellung des Gesundheitsblattes beantragt haben und dem ihre regelmässige



Untersuchung übertragen ist. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die geheime Prostitution einer regelmässigen gesundheitspolizeilichen Uberwachung durch dieses Verfahren in stetig sich steigendem Masse zugängig geworden.

Ueber das Bordellwesen in Budapest sei nur angeführt, dass auch hier die Bordelle an Zahl von Jahr zu Jahr abnehmen.

Die nicht kasernierten Prostituierten verfügen entweder über Einzelwohnungen, oder sind bei Unternehmern eingemietet, die eine grössere Wohnung mit einer gewissen Zahl von Zimmern zu diesem Zwecke einrichten. Beide Kategorien von Wohnungen bedürfen der Genehmigung des Polizeipräsidenten, die nur erteilt wird, nachdem die Wohnung von der Stadthauptmannschaft als geeignet bezeichnet worden ist und der Hauseigentümer seine schriftliche Bewilligung zur Benutzung derselben für Prostituierte erklärt hat, weil nach den massgebenden Bestimmungen jeder Einwohner das Recht hat, zu verlangen, dass die Prostituierte innerhalb 24 Stunden das Logis aufgibt, widrigenfalls die Partei ohne Kündigung auf Kosten des Hauseigentümers ihre Wohnung aufgeben kann. Bei der polizeilichen Untersuchung der Wohnung wird gleichzeitig der Mietszins derselben festgestellt. Diese Massregel, welche geeignet wäre, einer Uebervorteilung der Prostituierten durch den Vermieter vorzubeugen, wird jedoch vielfach dadurch umgangen, dass ihr allerhand Bedingungen z. B. Zwang der Beköstigung, Bereinigung, Hausschlüsselbenutzung usw. auferlegt werden.

Vertrauenswürdige Prostituierte haben das Recht, auch anderweitige, nicht genehmigte Wohnungen zu beziehen, dürfen alsdann aber nicht in der Wohnung die Prostitution ausüben und müssen sich im Hause so führen, dass ihr Gewerbe nicht offenkundig wird. Sie sind in diesem Falle auf die Absteigequartiere bezw. die sogenannten Rendezvousplätze angewiesen und werden ausschliesslich in den Amtslokalen der Polizeiärzte untersucht.

Die Rendezvousplätze sind entweder konzessionierte, hotelartig eingerichtete öffentliche Häuser, in welchen ausser dem Besitzer und seinem Personal niemand wohnen darf, und bezüglich deren örtliche Lage die für Bordelle geltenden Bestimmungen massgebend sind, oder nicht konzessions- aber anmeldepflichtige Privatwohnungen bezw. Räume in solchen Wohnungen, die von den sogenannten Aufführfrauen zu Prostitutionszwecken zur Verfügung gestellt werden. Entweder sind dort schon Mädchen, die sich zu bestimmten Stunden einstellen, vorzufinden, sogenannte Sitzmädchen, oder es führen die Prostituierten



die Männer von der Strasse zu. Die Wohnungsinhaberin, welche gewöhnlich über eine Liste und über die Photographien von Mädchen verfügt, die den Männern zur Auswahl vorgelegt werden, bestimmt die Taxe und bezahlt die Prostituierte, da es sich hier nicht um eine der Kontrolle der Sittenpolizei unterstehende Bezahlung handelt. Die Rendevousplätze dürfen nur von eingeschriebenen Prostituierten mit Gesundheitsbüchern oder von den mit Gesundheitsblättern versehenen, die geheime Prostitution ausübenden Personen benutzt werden, unter keinen Umständen aber den nicht kontrollierten geheimen Prostituierten dienen. Zu diesem Behufe finden unerwartete Revisionen dieser Plätze durch Polizeibeamte in Zivil statt, welche Personen, welche weder mit Gesundheitsbüchern noch mit Gesundheitsblättern versehen sind, sofort sistieren und deren Bestrafung herbeiführen. Bei dieser Gelegenheit wird auch die Beschaffenheit der Wohnung kontrolliert.

Bei Neuregelung des Prostitutionswesens sollen die Rendezvousplätze letzterer Art, deren Zahl zur Zeit 36 beträgt, durch die vorgenannten öffentlichen Mietshäuser ersetzt und durch die Ausdehnung letzerer Einrichtung auch dem noch bestehenden Hotelunwesen gesteuert werden.

Zu erwähnen ist schliesslich noch, dass die mit Gesundheitsblättern versehenen Personen in der Wahl ihrer Wohnung nicht beschränkt, und darin auch, sofern die Wohnung mit separatem Eingang versehen ist, in unauffälliger Weise die Prostitution auszuüben berechtigt sind. — Die bei der Untersuchung geschlechtskrank befundenen Prostituierten werden unter gleichzeitiger Benachrichtigung des Kontrollamtes mit einer Spitalanweisung an die Syphilisabteilungen des städtischen (St. Rochus-) Hospitals gewiesen; melden sie sich bis zum Nachmittage des Untersuchungstages im Spitale nicht an, so findet eine polizeiliche Sistierung und spätere Bestrafung statt; der rechtzeitige Eintritt der Prostituierten wird täglich durch einen Polizeikommissarius kontrolliert. — Der mit einem Gesundheitsblatte versehenen Person wird im Falle einer Erkrankung vom Polizeiarzte aufgegeben, sich selbständig in ein Krankenhaus zu begeben; es erfolgt gleichzeitig ein entsprechender Vermerk im Gesundheitsblatte und eine sekrete Benachrichtigung des Kontrollamtes, so dass der kontrollierende Polizeibeamte in der Lage ist, sich jederzeit davon zu überzeugen, ob die erkrankte Person in ihrem Zustande noch geschlechtlichen Verkehr ausübt. Wird sie dabei ertappt, so erfolgt sofort ihre zwangsweise Ueberführung in ein Krankenhaus.



Abgesehen von der Zulässigkeit der Prostituiertenuntersuchungen in deren Behausung und von der mangelhaften Kontrolle der Prostitutionsunterkunft in öffentlichen Hotels ist das Prostitutionswesen in Budapest schon jetzt in tadelloser Weise geregelt. Einer besonderen Berücksichtigung bedarf vor allem der Versuch, bei einer grossen Gruppe von uneingeschriebenen Prostituierten, die der geheimen Prostitution ergeben sind, lediglich den gesundheitlichen Zweck in den Vordergrund zu stellen und jede polizeiliche Einwirkung fernzuhalten, so lange die betreffende Person durch vorschriftswidriges Verhalten keinen Anlass dazu giebt. Eine etwaige Beförderung der geheimen Prostitution durch das Verfahren ist bisher jedenfalls noch nicht beobachtet worden, da doch auch die Erlangung eines Gesundheitsblattes schon ein gewisses Hervortreten aus der Heimlichkeit erfordert und der Person wenigstens den Zwang der ärztlichen Kontrolle auferlegt. — Auch die Vermeidung der zwangsweisen Einstellung einer Prostituierten unter die Sittenkontrolle hat bereits seine guten Früchte getragen und selbst rückfällige Prostituierte durch die blosse polizeiliche Bestrafung wieder auf den rechten Weg gebracht.

See-Quarantäne.

Zu den Vorkehrungen auf dem Seuchengebiete gehört die See-Quarantäneanstalt zu Martinschizza bei Fiume, der einzigen Hafenstadt Ungarns für den Seeverkehr, der sich hier im wesentlichen auf den Frachtverkehr beschränkt, während der Personenverkehr mehr ein lokaler ist. Unter dem Gouverneur von Fiume steht das Seeamt, welchem die Ueberwachung des gesamten Seeverkehrs obliegt, für die sanitären Angelegenheiten aber ein Conseil sanitaire beigegeben ist; letzterem gehören die in Fiume praktizierenden Aerzte und der Sanitätsreferent des Seeamtes, welcher gleichzeitig Leiter der Quarantäneanstalt in Martinschizza ist, an; diese Fachkörperschaft wird nur von Fall zu Fall einberufen und arbeitet alsdann unter dem Vorsitze des Chefs des Seeamtes. Dem Sanitätsreferenten bezw. Leiter der Quarantäneanstalt unterstehen 2 für den Hafendienst und 2 für den Hilfsdienst in der Anstalt bestimmte Piloten, welche als Desinfektoren in der bakteriologischen Anstalt des Ministeriums des Innern zu Budapest ausgebildet worden sind.

Vor der Einfahrt in den Hafen von Fiume wird jedes ankommende Schiff einer Besichtigung unterzogen und, falls sich ein verdächtiger Krankheitsfall vorfindet, sofort in den Hafen von Martin-

schizza dirigiert. Den untersuchenden Arzt begleiten 2 Piloten auf das Schiff, von denen einer an Bord bleibt, um hier eventuell die Desinfektion des Schiffes selbst zu bewirken.

Der Hafen von Martinschizza ist in der 6 km östlich von Fiume gelegenen Bucht gleichen Namens angelegt und so beschaffen, dass hier auch die grössten Schiffe einfahren können. In einem kleinen sich vom Hafen aus nach Norden erstreckenden Tale ist die Quarantäneanstalt selbst eingerichtet, die gleichzeitig mit einer Viehquarantäne verbunden ist und aus drei getrennten Abteilungen, der reinen, der Abteilung für Infektionskranke und derjenigen für Infektionsverdächtige besteht. Diese im Jahre 1839 als Choleralazarett erbaute Anstalt ist 1899 auch für Pestkranke eingerichtet und dient in cholera- und pestfreien Zeiten nach Bedarf auch zur Unterbringung mit anderweitigen Infektionskrankheiten behafteter Schiffspassagiere und -mannschaften.

Alle an Bord verdächtiger Schiffe befindlichen Personen werden ausgebootet und auf asphaltiertem Wege des Hafendammes sofort in das Untersuchungsgebäude überführt, wo eine nochmalige Untersuchung derselben und die Desinfektion ihrer Kleider, Wäsche und Betten im Dampf-Desinfektionsapparate oder mittels Desinfektionsflüssigkeiten erfolgt. Die krank Befundenen werden jetzt an das Infektionsspital, mit welchem ein bakteriologisches Laboratorium verbunden ist, die Verdächtigen an das Observationsspital abgegeben, die Gesunden wieder an Bord zurückgeschafft. Die ausgeschifften verdächtigen Waren werden je nach dem Ergebnis der Schiffsuntersuchung entweder in die Lagerräume der Infektionsabteilung oder der reinen Abteilung zur Lüftung untergebracht.

Ein besonderes Pestlaboratorium ist den ministeriellen Instruktionen entsprechend zweckmässig und reichlich ausgestattet; auch ist ein bedeutender Vorrat an Pestserum vorhanden, der aus dem Pasteurschen Institute aus Paris bezogen und alle Jahre erneuert wird. Für die ganze Quarantäneanstalt besteht eine Zentralküche, von der aus die Speisen den einzelnen Abteilungen zugewiesen werden; auch ist die Anstalt mit Wasserleitung versehen. Die Abwässer der Anstalt werden zunächst in einem Bassin mit Kalk desinfiziert und alsdann in die Meeresbucht abgelassen.

Zur Aufrechterhaltung der Disziplin während des Betriebes und zur Sicherung der Isolierung der Quarantäneanstalt in allen ihren Abteilungen, sowie des Zu- und des Abganges ist derselben ein mili-



tärischer Posten zugewiesen, welcher so lange Dienst versieht, als Kranke oder Rekonvaleszenten sich in der Anstalt befinden. Das eigentliche Hafenamt mit der Hafendirektion begrenzt vom Meere aus die reine Abteilung. Alle Abteilungen der Quarantäneanstalt sind mit der Direktion und dem Seeamte in Fiume telephonisch verbunden.

Ausser der Quarantäneanstalt besitzt die Stadt Fiume, welche übrigens in höherem Grade eine autonome Stellung einnimmt, als die mit Jurisdiktion versehenen Städte und gewissermassen einen Adnexus der Monarchie bildet, noch innerhalb ihres Bezirks ein Infektionsspital für Pocken-, Cholera- und Pestkranke, und zwar nur für solche Fälle, die entweder innerhalb der Stadt oder auf den bereits im Hafen von Fiume liegenden Schiffen auftreten, und bei der Quarantäne nicht aufgehalten worden sind; andere Infektionskranke werden hier nur im Notfalle, d. h. bei grösserer Verbreitung einer Infektionskrankheit aufgenommen. Auch dieses Spital ist mit einer besonderen Exspektanzabteilung versehen und verfügt in reichlichem Masse über Baderäume für Kranke, Aerzte und das Pflegepersonal. Eigenartig ist die Einrichtung, dass jedes Krankenzimmer mit einem stark konstruierten Eisenkübel zur Aufnahme von Fäkalien und sonstigen Abgängen der Kranken versehen ist, welcher mit dem Inhalte direkt in den Verbrennungsofen eingestellt wird und nach erfolgter Ausglühung wieder zur Verwendung gelangt. Für den Fall des Ausbruchs von Cholera oder Pest wird für das Spital ein besonderer Arzt, der zugleich Verwalter ist und die erforderliche Anzahl von Assistenten erhält, designiert; für diesen Fall sind Wohnung und Küche für die Aerzte vorgesehen, ebenso eine besondere Wohnung für das Pflegepersonal.

Die staatlichen und städtischen Vorkehrungen der ungarischen Hafenstadt gegen die Einschleppung von Infektionskrankheiten sind immerhin durchaus anerkennenswerte und dürften dem Umfange des hier stattfindenden Seeverkehrs entsprechen, vorausgesetzt, dass im Bedarfsfalle dem Seeamte ausser dem Sanitätsreferenten genügende ärztliche Hilfskräfte zur Verfügung gestellt werden. Hervorzuheben sind auch hier die Einrichtungen, welche eine absolute Trennung der nur Infektionsverdächtigen von den schon nachweisbar Erkrankten bezwecken und in ausgedehntem Masse ermöglichen.

Bekämpfung der Tuberkulose.

An die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit ist man in Ungarn staatlicherseits erst seit 10—12 Jahren durch allgemeine,



an die Munizipien gerichtete Anordnungen herangetreten. In den Jahren 1893 und 1897 hat der Minister des Innern in allen Sprachen des Landes verfasste populäre Abhandlungen über das Wesen, die Heilbarkeit und die Vorbeugungsmassregeln der Tuberkulose in vielen Tausenden von Exemplaren unentgeltlich verteilen lassen und die Munizipien angewiesen, für die Hebung der sanitären Verhältnisse der ärmeren Bevölkerungsklassen Sorge zu tragen, die Trunkenheit zu bekämpfen, die öffentliche Reinlichkeit zu fördern, die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse aufzubessern und Einrichtungen zu treffen, welche die Isolierung der Tuberkulösen in den Krankenanstalten ermöglichen. Neben den von den Munizipalverwaltungen für ihren Bereich zu erlassenden Anordnungen, ist von dem Minister des Innern der Versuch gemacht worden, auch das Interesse der humanitären und sozialen Vereine des Landes, sowie der Aerztevereine für die Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung in Anspruch zu nehmen und dieselben zur Abhaltung von Konferenzen zwecks Beratung über alle in Frage kommenden Massregeln aufzufordern. Gleichzeitig hat der Handelsminister die mit der Beaufsichtigung der industriellen Betriebe betrauten Behörden der 2. Instanz angewiesen, den Gesundheitszustand der Arbeiter zu beaufsichtigen, für Trennung der Tuberkulösen von den Gesunden, für Ventilation und Reinhaltung der Arbeitsräume, für Bade- und Wascheinrichtungen, für die in den gemeinschaftlichen Speiseräumen erforderlichen Reinlichkeitsmassregeln und für die einwandsfreie Beschaffenheit der Nahrungsmittel Sorge zu tragen und die strenge Durchführung aller dieser Vorschriften durch die Arbeitsinspektoren beaufsichtigen zu lassen. Aehnliche Verordnungen sind für das Mililtär und für den Eisenbahnverkehr getroffen worden. In letzterer Beziehung ist die Einstellung besonderer Wagen für die Tuberkulösen auf denjenigen Bahnlinien, welche zu den klimatischen Kurorten Ungarns und Oesterreichs führen, zu erwähnen.

Das Lungen-Heilstättenwesen Ungarns befindet sich noch in der ersten Entwickelung. Abgesehen von den mit den grösseren Krankenanstalten des Landes in mehr oder weniger nennenswertem Umfange verbundenen Abteilungen für Tuberkulöse, besteht bisher nur eine einzige Heilstätte, welche auch den minderbemittelten Volksklassen zugängig ist, nämlich die von dem Budapester Heilstättenverein in Budakes bei Budapest in den Jahren 1901/1902 errichtete Anstalt, für welche nicht nur von der städtischen Verwaltung ein ausreichend grosses Terrain unentgeltlich zur Verfügung gestellt und eine ein-



malige staatliche Unterstützung im Betrage von 20000 Kronen geleistet, sondern auch auf dem Wege der Privatwohltätigkeit die fast 1 Million Kronen betragenden Kosten aufgebracht worden sind.

Diese für 116 Kranke eingerichtete Anstalt ist bisher meist vollbesetzt gewesen und dürfte schon den Bedürfnissen der Hauptstadt gegenüber sich bald nicht mehr als ausreichend erweisen. Besonders zweckmässige Einrichtungen sind zur Verhütung der Verschleppung des Krankheitsstoffes und zu dessen einwandsfreier Beseitigung bzw. Desinfektion getroffen; der ganze Betrieb ist musterhaft und wird weiteren Anlagen dieser Art als Vorbild dienen können.

Nach den von dem Referenten gemachten Wahrnehmungen befindet sich die Tuberkulosebekämpfung in Ungarn noch in einem Stadium, wo auf besondere Erfolge noch nicht zu rechnen ist; Einrichtungen, welche für deutsche Verhältnisse als mustergiltig in Frage kommen könnten, war Referent zu ermitteln nicht in der Lage.

Fürsorge für Kranke, Gebrechliche und Irre.

Spitäler und Heilanstalten.

Die Organisation des Spitals- und Heilanstaltswesens in Ungarn hat mit derjenigen in den österreichischen Reichsländern sehr viel Aehnlichkeit. Es gilt dies besonders mit Bezug auf die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Anstalten, die Erteilung des Oeffentlichkeitscharakters an letztere und die Erstattung bzw. Erhebung der Verpflegsgebühr.

Die Grundlage für diese Organisation bilden die Bestimmungen des Sanitätsgesetzes. Hiernach ist die Errichtung öffentlicher und Privatspitäler und Heilanstalten von der Bewilligung des Ministers im Einvernehmen mit dem zuständigen Munizipium abhängig. Als öffentliche werden solche Anstalten erklärt, welche mit einer geregelten Verwaltung versehen und so eingerichtet sind, dass sie nicht nur dem Bedarfe des Ortes und der Umgebung entsprechen, sondern auch anderswo zuständige Kranke aufzunehmen imstande sind; sie sind verpflichtet, jeden sich meldenden Kranken ohne Unterschied seiner Heimatszuständigkeit oder Person zur Pflege und ärztlichen Behandlung aufzunehmen.

Die Staatsanstalten stehen unter der unmittelbaren Aufsicht und Oberleitung des Ministers des Innern, können jedoch mit Ausnahme derjenigen der Landeshauptstadt auch vom Obergespan revidiert



werden. Die Direktoren, Primärärzte und sonstigen angestellten Beamten derselben werden durch den Minister des Innern ernannt und sind pensionsfähige Staatsbeamte. Die Sekundärärzte werden nur für die Dauer von zwei Jahren angestellt. Die Verpflegsgebühr in diesen, wie in allen öffentlichen Anstalten wird im Einvernehmen mit dem Munizipium durch den Minister des Innern festgesetzt. In den im Besitze von Munizipien befindlichen Spitälern wird der dirigierende Oberarzt durch den Obergespan, das sonstige ärztliche Personal gleichfalls durch diesen, aber im Einvernehmen mit dem Oberarzte angestellt, das Oekonomiepersonal durch den Vizegespan bzw. Bürgermeister, das Wärter- und Dienstpersonal durch den Oberarzt. Für die im Besitze von Privatpersonen, Gesellschaften oder Körperschaften befindlichen, mit dem Oeffentlichkeitscharakter versehenen Anstalten ernennen die Besitzer, sofern sie auch die Anstalt selbst verwalten, das gesamte Personal, anderenfalls der Obergespan, welchem im ersteren Falle nur ein Einwendungsrecht zusteht, soweit es sich um Mangel der gesetzlichen Qualifikation oder um Moralitätsgründe bei den Anzustellenden handelt. In Gemeindespitälern ernennt der Vizegespan nach Anhörung der Gemeinde-Sanitätskommission das ärztliche Personal. Die ärztlichen Stellen bei Staats-, Munizipal- und Gemeindespitälern und Heilanstalten werden im Wege der öffentlichen Ausschreibung besetzt. Ueber die Privatanstalten, welche gleichfalls mit der erforderlichen Anzahl von Aerzten und Wärtern versehen sein müssen, übt das Munizipium durch den Verwaltungsausschuss die unmittelbare Aufsicht aus; diese Anstalten setzen die zu entrichtende Verpflegsgebühr selbst fest und erstatten darüber Anzeige an das Munizipium.

Mit dem Oeffentlichkeitscharakter versehene Anstalten haben einen Anspruch darauf, dass die Verpflegegebühr im administrativen Wege eingetrieben und im Falle der Zahlungsunfähigkeit der Kranken oder der Zahlungspflichtigen aus dem Krankenverpflegungsfonds des Munizipiums erstattet werden.

Wie schon an anderer Stelle bemerkt, trägt der Staat die Verpflegungskosten für jede in der Landes-Hebammenschule verpflegte Person, ferner im Unvermögensfalle für sämtliche Syphilitische, Trachomkranke und Ausländer, für jeden Kranken, dessen Zuständigkeit nicht festzustellen ist, sowie endlich für alle in staatlichen oder öffentlichen Anstalten verpflegte unvermögende Geisteskranke, sofern auch Ersatzpflichtige nicht vorhanden sind.



Im übrigen sind die zuständigen Gemeinden verpflichtet, für die Behandlung der ortszuständigen Kranken und für die Verpflegung unheilbarer Kranker Sorge zu tragen, soweit zahlungs- und verpflegungspflichtige Angehörige nicht vorhanden sind.

Vorstehende grundsätzliche Bestimmungen, welche zum Teil schon in dem Sanitätsgesesetze von 1876 Berücksichtigung gefunden haben, sind durch die im Jahre 1902 von dem Minister des Innern erlassene Normalverordnung über Spitäler, Heilanstalten, Rekonvaleszentenhäuser und Asyle für unheilbare Kranke in sehr zweckmässiger Weise erläutert und ergänzt worden; von den vielseitigen Bestimmungen dieser Verordnung seien nur folgende erwähnt:

A. Allgemeiner Teil:

Den an den Minister des Innern zu richtenden Anträgen auf Bewilligung der Errichtung von Anstalten jeder Art sind bis ins kleinste erläuternde Entwürfe, Detailpläne und Kostenüberschläge beizufügen, welche durch das Munizipium vorgeprüft werden. Jede Anstalt muss über die erforderlichen Lokalitäten zur Trennung der Geschlechter und über im Verhältnis zum Gesamtbelagraum bemessene Lokalitäten zur abgesonderten Unterbringung von Infektionskranken verfügen.

Es werden 4 Kategorien von Krankenanstalten bezeichnet:

1. Staatskranken- und Heilanstalten mit eigener, vom betreffenden Ressortminister festgesetzter Organisation;
2. Allgemeine öffentliche Krankenhäuser, welche über besondere Abteilungen für interne, chirurgische und venerische Kranke und zur provisorischen Unterbringung von Geisteskranken wenigstens über 2 Zellen verfügen, unter einer systemisierten Direktion stehen und nicht nur den lokalen Bedürfnissen entsprechen, sondern auch noch zur Aufnahme von fremdzuständigen Kranken Raum darbieten müssen.
3. Krankenhäuser mit öffentlichem Charakter, das sind solche Privatspitäler, welchen dieser Charakter durch den Minister des Innern auf Grund einer Prüfung ihres Belegraumes, ihrer Administration, ärztlichen Leitung, Einrichtung und der Höhe der Verpflegungstaxen erteilt worden ist und die auf das Recht des Ersatzes der Verpflegungskosten aus dem Landeskrankenverpflegungsfonds oder vom Staatsschatze Anspruch haben. Der Oeffentlichkeitscharakter kann diesen Anstalten wieder entzogen werden.



4. Privatspitäler und Heilanstalten ohne dieses Recht.

Jede zu diesen Kategorien gehörige Anstalt muss über ein Statut und eine Hausordnung verfügen, welche dem Minister des Innern zur Genehmigung bzw. Vidierung vorzulegen sind und Bestimmungen enthalten müssen: über Art und Zahl der Kranken, die Einrichtung und Beaufsichtigung der Anstalt, die Feststellung des Wirkungskreises und der Dienstverhältnisse der Aerzte und Pfleger, über Aufnahme, Pflege, Heilbehandlung, Entlassung der Kranken und Bestattung der Toten wie über das Verfahren bei Todesfällen, über die Art der Gebahrung mit den Depositen und Habseligkeiten der Kranken, sowie endlich bei allgemein öffentlichen Krankenhäusern auch über die Geldgebahrung und ökonomische Geschäftsführung. In die Hausordnung solcher Anstalten, welche eine Irrenabteilung besitzen, muss auch eine Bestimmung über die Art der nächtlichen Beaufsichtigung aufgenommen werden.

Der verantwortliche Leiter einer Anstalt ist der Direktor, sowohl den Behörden, wie dem Publikum gegenüber; derselbe ist verpflichtet über die Krankenbewegung im voraufgegangenen Jahre eine Nachweisung durch das Munizipium an den Minister des Innern einzureichen. Die als Abteilungsvorstände fungierenden Anstaltsärzte sind hinsichtlich der Krankenbehandlung selbständig, im übrigen aber an die Anstaltsvorschriften gebunden. Die Sekundär- und Assistensärzte sind dem Abteilungsarzte unmittelbar untergeordnet.

Mit Ausnahme der durch die Behörden eingebrachten infektiösen Kranken darf kein im zurechnungsfähigen Zustande befindlicher Kranker gegen seinen Willen in der Anstalt zurückbehalten werden. Wenn ein mit einer akuten Infektionskrankheit behafteter Kranker das Spital zu verlassen wünscht, so ist dies der zuständigen Sanitätsbehörde 1. Instanz behufs Entscheidung vorher anzumelden.

Auf öffentliche Kosten verpflegte Kranke dürfen in Anstalten jeder Art nur solange verpflegt werden, als dies ihr Zustand unbedingt erfordert.

Die Leichen der auf öffentliche Kosten Verpflegten dürfen regelmässig, und wenn die Angehörigen keinen Anspruch erheben, auch die der anderweitig Verpflegten einer wissenschaftlichen Obduktion unterzogen werden.

B. Spezieller Teil.

Jedes durch juristische Personen unterhaltene allgemeine öffentliche Krankenhaus muss eine Spitalkommission besitzen, der anzu-



gehören haben: 1. der Spitaldirektor, 2. der Vizegespan und der Komitatsoberarzt bei Komitatsanstalten, die sich am Sitze der Komitatsbehörde befinden, anderenfalls der Oberstuhlrichter und der Bezirksarzt, bezw. in Städten mit geordnetem Magistrat der Rürgermeister und der Stadtarzt, bei munizipalstädtischen Spitälern der Bürgermeister und der Oberarzt, 3. anderweitige durch das Spitalstatut zu bestimmende Mitglieder, welche jedoch nicht mit dem Spitale in geschäftlicher Verbindung stehende Personen sein dürfen. Die Aufgaben der Spitalkommission sind im wesentlichen wirtschaftlicher Natur, sowohl bezüglich ihrer Anordnungen, wie der von ihr auszuübenden Kontrolle. Gegen ihre Verfügungen steht die Berufung an den Verwaltungsausschuss des Munizipiums und weiter an den Minister des Innern offen. Aufgaben des Direktors sind die Leitung des Spitals in ärztlicher und ökonomischer Hinsicht, die Aufsichtsführung über den gesamten Betrieb, die Sorge für die Einhaltung der Hausordnung und Disziplin. An der Behandlung der Kranken nimmt er direkt nicht teil, sondern kontrolliert dieselbe nur.

Für die Medikamentenordination sind als Normen bestimmte Rezeptmuster vorgeschrieben, für deren Einhaltung die Aerzte verantwortlich sind. Die Verordnung neuer Heilmittel ist nur in begründeten Fällen gestattet und darf ausschliesslich nur durch die Direktoren, Primärärzte und Abteilungsärzte der Spitäler erfolgen. Jedes allgemeine öffentliche Krankenhaus hat für die von vornherein nicht berechenbaren, aus dem Budget nicht zu deckenden Ausgaben einen Reservefonds zu bilden, aus dem auch die Kosten für Neubauten, Umänderungen, neue Einrichtungen usw. zu decken sind.

In allgemeinen Krankenanstalten aufgenommene Kranke dürfen ohne besondere Bewilligung seitens des 1. Munizipalbeamten höchstens für die Dauer von 3 Monaten verpflegt werden; diese Bewilligung ist nicht erforderlich für venerische oder trachomatöse Pfleglinge, sowie auch für solche Geisteskranken, welche auf den Irrenabteilungen eines allgemeinen Krankenhauses auf Grund der Bewilligung des Ministers des Innern untergebracht sind.

Auch die Spitäler mit öffentlichem Charakter sind verpflichtet, jeden sich meldenden Kranken aufzunehmen, sofern sie in der niedrigsten Gebührenklasse über freie Betten verfügen; dafür steht ihnen in den statutenmässig festgesetzten Fällen der Anspruch auf Ersatz der Verpflegungskosten aus dem Landeskrankenverpflegungsfonds oder dem Staatsschatze zu.



In den mit dem Charakter der Oeffentlichkeit nicht ausgestatteten Privatspitälern und Heilanstalten sind den Kranken gegenüber die betreffenden Anstaltsstatuten massgebend. Diese Anstalten sind verpflichtet, in Fällen von Lebensgefahr die einer sofortigen Hilfe bedürftigen Kranken sofort in Pflege zu nehmen, wofür ein Ersatz der Verpflegungskosten in der vorgenannten Weise geleistet werden kann. Unter besonderen Bedingungen kann auch in diese Anstalten eine Aufnahme von Venerischen, Trachomatösen und Geisteskranken auf Kosten des Staatsschatzes erfolgen.

Für die in Verbindung mit allgemeinen Krankenhäusern zu errichtenden Rekonvaleszentenhäuser gelten dieselben Bestimmungen, wie für jene selbst. Dagegen haben die Asyle für unheilbare Kranke keinen Anspruch auf Ersatz aus Landes- oder Staatsmitteln.

Jedes allgemeine und Privatspital, jede Heilanstalt mit öffentlichem Charakter und jedes zur Aufnahme von Rekonvaleszenten dienende Haus oder Sanatorium, in welchem bettlägerige Kranke verpflegt werden, ist verpflichtet, einen Jahresausweis über die Krankenbewegung nach den einzelnen, durch eine vorgeschriebene Nomenklatur bezeichneten Krankheiten an das Munizipium einzusenden, welches die Ausweise nach Prüfung durch den Munizipaloberarzt dem Minister des Innern einzureichen hat.

Die vorstehenden, nur auszugsweise wiedergegebenen Bestimmungen über die Organisation des Krankenhauswesens in Ungarn lassen erkennen, welche grosse Fürsorge besonders der Armenkrankenpflege zuteil geworden ist, und welche bedeutende Lasten dadurch trotz Beobachtung peinlichster Sparsamkeit im Betriebe der Anstalten den Landesfonds, vornehmlich aber dem Staatsschatze aufgebürdet worden sind. Es ist daher auch erklärlich, dass sich die staatliche Verwaltung auf diesem Gebiete einen wesentlich grösseren Einfluss vorbehalten hat, als mit Bezug auf alle anderen den Selbstverwaltungsorganen zufallenden sanitären Aufgaben.

Die Normalverordnung regelt die wirtschaftlichen wie die ärztlichen Verhältnisse der Krankenanstalten in gleich sorgfältiger Weise und lässt dabei alle Rücksichten konfessioneller, ordensgenossenschaftlicher und sonstiger, durch Privatinteressen bedingter Art aus dem Spiele. Nach allen diesen Richtungen hin hat das Krankenhauswesen Ungarns dieselben Vorzüge, wie solche bei den entsprechenden Einrichtungen Oesterreichs in dem vorigen Abschnitte des Berichts zur Sprache gebracht worden sind. Es kann daher auf letzere Aus-



führungen verwiesen und nur nochmals hervorgehoben werden, dass die Einrichtungen beider Länder auf diesem Gebiete für die wünschenswerte einheitliche Regelung des Krankenhauswesens in Preussen wohl als Vorbild dienen könnten.

Das Irrenwesen.

Die bereits durch das Sanitätsgesetz von 1876 gegebenen grundsätzlichen Bestimmungen über das Irrenwesen sind im wesentlichen auch heute noch massgebend. Alle heilbaren und unheilbaren Geisteskranken, welche die öffentliche Sicherheit gefährden, müssen zwecks Heilung bezw. Verwahrung in einer Irrenanstalt untergebracht werden, während die nicht gemeingefährlichen unheilbaren Geisteskranken, unschädliche Geistesschwache, Blödsinnige und Cretins durch die zuständigen Gemeinden erhalten werden müssen, soweit dies nicht auf eigene Kosten der Kranken oder auf Kosten der zu ihrer Erhaltung verpflichteten Verwandten geschehen kann. Die Aufnahme kann nur auf Grund eines von einem öffentlich angestellten bezw. beamteten Arzte ausgestellten Zeugnisses, dass der Betreffende geisteskrank ist, erfolgen; dem Zeugnisse ist für den Fall, dass der Kranke bereits von einem Arzte behandelt worden ist, eine von diesem verfasste Krankengeschichte beizufügen. Behufs Aufnahme in eine Staatsanstalt für Geisteskranke bedarf es eines gehörig begründeten Gesuches an den Minister des Innern. In diesen Staatsanstalten kommt das Beobachtungssystem zur Anwendung, d. h. es kann ein jeder in die Heilanstalt übergeführte Kranke zunächst nur zeitweilig zwecks Beobachtung aufgenommen werden; seine definitive Aufnahme erfolgt erst, nachdem durch die Beobachtung bei ihm zweifellos Geisteskrankheit festgestellt worden ist, und zwar unter persönlicher Verantwortlichkeit des Anstaltsdirektors. Dieser ist verpflichtet, seinen Befund nebst dem ärztlichen Gutachten dem zuständigen Gerichte unverzüglich einzureichen und von jeder vorläufigen oder definitiven Aufnahme eines Geisteskranken dem Minister des Innern Anzeige zu erstatten. In Privatirrenanstalten und in die Irrenabteilungen öffentlicher Krankenanstalten dürfen Geisteskranke nur dann definitiv aufgenommen werden, wenn die Geisteskrankheit durch das von der Ueberführung des Kranken sofort zu benachrichtigende Gericht festgestellt worden ist. Letzterem liegt die Unmündigkeitserklärung und die Bestellung eines Vormundes zur Wahrung der Interessen des Geisteskranken ob.



Bei Zweifeln darüber, ob eine untergebrachte Person wirklich geisteskrank ist, steht es den Angehörigen frei, den betreffenden Kranken, so lange er noch nicht durch das Gericht als geisteskrank erklärt worden ist, auf eigene Kosten durch ärztliche Sachverständige, welche jedoch nur Mitglieder des ärztlichen Lehrkörpers der Universitäten oder des Landessanitätsrats sein können, untersuchen zu lassen.

Persönliche Einschränkungen und Zwangsmassregeln können bei Geisteskranken nur im Falle der Notwendigkeit zum Schutze des Kranken und anderer, und nur auf ärztliche Anordnung angewendet werden und sind, falls deren Notwendigkeit erlischt, unverzüglich einzustellen. Geheilte Personen und diejenigen, welche infolge der Beobachtung nicht als geisteskrank erklärt worden sind, müssen sofort entlassen, nicht mehr gemeingefährliche unheilbare Geisteskranke auf Aufforderung des Anstaltsdirektors von der Gemeinde schleunigst wieder übernommen werden.

Das Irrenwesen in Ungarn hat sich von vornherein auf die Staatsirrenanstalten als den Hauptmittelpunkt der Irrenpflege konzentriert und ressortiert dementsprechend direkt vom Staate, nicht von der Landesverwaltung; nur die Fürsorge für die unheilbaren nicht gemeingefährlichen Geisteskranken, Schwachsinnigen, Blödsinnigen und Kretins ist den Gemeinden verblieben. Es hat sich jedoch in den letzten Jahren herausgestellt, dass abgesehen von der Steigerung der Inanspruchnahme der 4 Staatsirrenanstalten Ungarns im allgemeinen sich das alte Prinzip, nur heilbare und gemeingefährliche Kranke in Anstaltspflege zu übernehmen, welches zu unhaltbaren Zuständen in den Gemeinden geführt hatte, sich auf die Länge der Zeit nicht mehr durchführen liess, und dass in anderer Weise Abhilfe geschaffen werden musste, zumal da auch die Privatirrenanstalten in Ungarn nur eine sehr spärliche Entwickelung erfahren haben. Man hat daher darauf hingewirkt, dass die allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten der Munizipien und Munizipalstädte mit grösseren Abteilungen für Geisteskranke versehen, diese Abteilungen den Anforderungen der modernen Irrenpflege angepasst, nach Möglichkeit auch mit landwirtschaftlichen Irrenkolonien verbunden und der Leitung psychiatrisch vorgebildeter Aerzte anvertraut wurden. Zu Beginn des Jahres 1904 gab es solcher Abteilungen bereits bei 16 grösseren allgemeinen Krankenhäusern; ferner haben sich auch bereits 3 grössere, im Besitze von Ordensgenossenschaften befindliche Privatkrankenanstalten



mit besonderen Irrenabteilungen versehen. Zu der einzigen Privatirrenanstalt Ungarns, der des Arztes Dr. Schwartzer zu Budapest, ist im Laufe des Jahres 1904 noch die Dr. Niedermannsche Anstalt bei Budapest hinzugekommen, welche, was Umfang, Zweckmässigkeit der Anlage und Komfort anbetrifft, allerdings den weitgehendsten Anforderungen entsprechen wird. Endlich werden in einer Anzahl von allgemeinen Krankenhäusern und solchen mit öffentlichem Charakter, sowie in Privatkrankenhäusern, welche über Einzellokalitäten zur Unterbringung von Irren verfügen, Geisteskranke jeder Kategorie vorübergehend oder dauernd verpflegt. Die Gesamtzahl aller in Anstaltspflege befindlichen Kranken betrug Ende 1903 bereits 10 644.

Als erste staatliche Anstalt für Idioten wurde im Jahre 1900 eine solche mit 50 Betten im Anschluss an die Staatsirrenanstalt zu Leopoldifeld bei Budapest errichtet. Besondere Anstalten für Epileptiker existieren in Ungarn bisher noch nicht. —

Die Ueberfüllung der staatlichen Irrenheilanstalten machte es in den letzten Jahren unmöglich, die sogenannten gerichtlichen Fälle räumlich gesondert zu behandeln. Um den sich daraus ergebenden Missständen einigermassen abzuhelfen, hat im Jahre 1901 der Justizminister genehmigt, dass die im Anschluss an das zentrale Sammelgefängnis zu Budapest errichtete Irrenabteilung, welche zur Beobachtung bzw. Behandlung der in Untersuchungshaft befindlichen oder unmittelbar nach rechtskräftig gewordenem Urteil geistig erkrankten Individuen bestimmt ist, nach Massgabe der vorhandenen Plätze auch zur Unterbringung der in den Staatsirrenanstalten verpflegten geisteskranken Verbrecher zur Verfügung gestellt wird. Gegenwärtig sind 50 Plätze für diesen Zweck reserviert.

Die oben erwähnte Normalverordnung über Spitäler, Heilanstalten usw. vom Jahre 1902 enthält auch eingehende Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken. Geisteskranke können hiernach nur in solche Krankenhäuser aufgenommen werden, welche zu diesem Zwecke besondere Lokalitäten besitzen. Ueber die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken ist 4 mal jährlich dem Minister des Innern ein Ausweis nach bestimmtem Formular vorzulegen. Eine gleiche Anzeige ist zu erstatten, wenn der Geisteskranke in eine eigentliche Irrenanstalt übergeführt werden soll. Im übrigen ist bei der Aufnahme nach den Bestimmungen des Sanitätsgesetzes zu verfahren. In strafgerichtlicher Untersuchung stehende Kranke



dürfen nur aus der Anstalt entlassen werden, nachdem der von dem Minister des Innern zu diesem Zwecke eingesetzte Ausschuss, dessen Delegierung durch Vermittelung des Munizipiums bei dem Minister zu beantragen ist, eine Entscheidung darüber auf Grund einer persönlichen Untersuchung des Geisteskranken getroffen hat; gelangt der Ausschuss nicht zu einem übereinstimmenden Beschlusse, so entscheidet der Minister. Alle übrigen Geisteskranken, deren Zustand sich gebessert hat und die öffentliche Sicherheit nicht mehr gefährdet und welche durch ihre Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter freiwillig und nicht auf Grund einer behördlichen Verfügung in einer staatlichen Irrenanstalt untergebracht worden sind, können durch ihre legitimierten Verwandten oder Vertreter ohne Hindernis aus der Anstalt genommen werden. Hat sich der Zustand nicht gebessert und sind die Kranken sich oder anderen noch gefährlich, so darf die Entlassung nur erfolgen, wenn glaubwürdig nachgewiesen ist, dass der Kranke zu Hause entsprechend ärztlich behandelt, verpflegt und derart beaufsichtigt wird, dass er weder sich selbst noch der öffentlichen Sicherheit gefährlich werden kann. Unter letzterer Bedingung dürfen auch nur die zufolge behördlicher Verfügung aufgenommenen Geisteskranken entlassen werden, wenn Besserung eingetreten ist und Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt. Ist letzteres nicht der Fall, so entscheidet über die Entlassung der ständige Ausschuss, der auch darüber zu befinden hat, ob die in Aussicht gestellte Pflege und Beaufsichtigung des Kranken eine zweckentsprechende ist. Von der Entlassung solcher Kranken ist auch die zuständige Polizeibehörde in Kenntnis zu setzen. Ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters eines Geisteskranken darf eine Entlassung überhaupt nicht erfolgen.

Aus Spitälern und Heilanstalten entlassene, als unheilbar erklärte, nicht mehr gemeingefährliche Kranke, welche arm sind, und deren zahlungspflichtige Angehörige ebenfalls arm sind, müssen der Zuständigkeitsgemeinde behufs Pflege übergeben werden.

Ueber die Aufnahme von ausländischen Geisteskranken, mit Ausnahme der österreichischen Staatsbürger, ist dem Minister des Innern Bericht zu erstatten. —

Da bei der geringen Zahl von Staatsirrenanstalten denjenigen Aerzten, die sich speziell der Irrenheilkunde widmen, Fortkommen und Existenz sehr erschwert sind, hat sich der Nachwuchs allmählich sehr verringert, sodass die etatsmässigen Sekundärarztstellen bei weitem nicht durch qualifizierte Aerzte besetzt werden können. Man hofft

durch schnellere Vermehrung und Entwickelung der Staatsanstalten in Zukunft eine aussichtsvollere Karriere für die Irrenärzte zu schaffen und dadurch das Interesse des ärztlichen Standes für diesen Spezialberuf wieder zu heben; auch die Weiterentwicklung der Irrenabteilungen bei den öffentlichen Krankenhäusern, — wodurch übrigens allmählich eine Dezentralisation des Irrenwesens in Ungarn angebahnt zu werden scheint, — dürfte den erforderlichen Nachwuchs an Irrenärzten begünstigen.

Wenn auch das gesamte Irrenwesen Ungarns im letzten Jahrzehnt erhebliche Fortschritte gemacht und sich dem Bedürfnisse des Landes in bemerkenswerter Weise angepasst hat, so sind doch seine Organisation wie seine Einrichtungen nicht derartige, um auf das Irrenwesen Preussens Anwendung finden zu können. —

Wasserversorgung.

Für ein eingehenderes Studium der Wasserversorgung in Ungarn hat Referent während seines Aufenthalts in Budapest die erforderlichen Unterlagen nicht erlangen können. Es kommt hinzu, dass auch das litterarische Material lediglich in ungarischer Sprache zu gewinnen und daher nicht zu verwerten war. Im allgemeinen ist nur zu bemerken, dass die Wasserversorgung als ausschliessliche Aufgabe der Gemeinden mit der Entwickelung derselben im grossen und ganzen gleichen Schritt gehalten und eine wesentliche Förderung staatlicherseits dadurch erfahren hat, dass das Ackerbau-Ministerium im Anschluss an die von ihm ressortierende Landes-Wasserbau-Direktion eine Sanitäts-Ingenieur-Abteilung eingerichtet hat, deren Kultur-Ingenieure die von den leistungsfähigeren Gemeinden aufgestellten Wasserversorgungs-Projekte an Ort und Stelle zu prüfen haben. —

Die Haupt- und Residenzstadt Budapest wird durch 3 Wasserwerke versorgt,

1. Das Wasserwerk in Buda-Ujlak für den am rechten Donauufer gelegenen Stadtteil Ofen bzw. Buda,
2. und 3. die Wasserwerke an der Markò-utcza und in Kàposztàs-Megyer für den Stadtteil Pest am linken Donauufer.

Alle drei führen Grundwasser, welches den überaus mächtigen Alluvial- und Diluvialablagerungen in dem ausgedehnten Terrain zwischen Waitzen und Uj-Pest, wahrscheinlich aber auch schon den diesem Terrain aus dem grossen Pressburger Grundwasserbecken zwischen Gran und Pressburg zufliessenden Tiefquellen entstammt.



Der eigentliche Grundwasserträger zwischen Waitzen und Budapest bietet durch seine Zusammensetzung die günstigsten hydrologischen Verhältnisse, denn er besteht aus Flussgeröllen, vermischt mit gröberen und feinen Sanden, die leicht durchlässig sind, aber im Korne fein genug, um eine ausreichende natürliche Filtration des Wassers bewirken zu können. Die Kiesschichten in unmittelbarer Nähe des Stroms sind rein, 5 bis 10 m mächtig, nach oben durch eine Decke von Ton, auf welchen Humus folgt, gegen Verunreinigungen aus den Ansiedlungen gut geschützt, nach unten durch eine mächtige Tegelschicht vor Wasserverlusten bewahrt.

Das Wasserwerk an der Markò-utcza ist das älteste der 3 Grundwasserwerke und das am wenigsten einwandsfreie; es beruht auf dem System der sogenannten horizontalen Brunnen oder Sammelröhren, die den mehr oberflächlich gelegenen Schotterschichten das innerhalb des Stadtgebietes selbst zufliessende und vor Verunreinigungen nicht sicher geschützte Grundwasser entnehmen und bei ihren geringen Lichtweiten sich auch schwer reinigen lassen. Da das ganze Wasserwerk nicht geeignet ist, eine gute Wasserqualität auf lange Zeitdauer hin sicherzustellen, hat man von einer Erweiterung desselben überhaupt Abstand genommen.

Das Wasserwerk in Buda-Ujlak, welches ausschliesslich den Stadtteil Buda versorgt, besteht aus einem älteren Teil mit dem System der horizontalen Brunnen bzw. Sammelröhren nach der Art desjenigen bei dem vorgenannten Wasserwerke, und einem neueren Teile, bei welchem bereits das System der vertikalen Tiefbrunnen in zweckmässiger Weise durchgeführt ist, nachdem man sich bei der im Jahre 1894 begonnenen Erweiterung des älteren Teils davon überzeugt hatte, dass durch das Sammelröhrensystem ein einwandsfreies Wasser nicht zu erlangen war. Bei dem neueren Teile dieses Wasserwerks hat man es nicht mehr mit eigentlichem Grundwasser zu tun, das lediglich Quellen und Grundwasserströmungen entstammt; die Wasserscheiden des Gebirges rücken am rechten Donauufer so nahe an den Strom heran, und es hat das Gebirge auf der anderen Seite einen so starken Abfall, dass ohne die Mitwirkung der Donau, d. h. ohne Zufluss natürlich filtrierten Donauwassers die Bildung grösserer Grundwasserströmungen ausgeschlossen ist.

Das neueste und grossartigste Wasserwerk Budapest's ist das zu Kàposztàs-Megyer mit seinen Erweiterungsanlagen zu Dunakesz, dessen Tiefbrunnen sich unmittelbar an beide Ufer der Donau anschliessen,



zum Teil auf den Inseln des Stromes angelegt sind und im wesentlichen natürlich filtriertes Flusswasser führen. Was die Qualität des Flusswassers selbst anbetrifft, so ist folgendes zu berücksichtigen: Die Donau steht mit den vorgenannten Alluvial- und Diluvialablagerungen des Pressburger Beckens derart in Beziehung, dass sie zu Zeiten des Hochstandes Wasser an sie abgibt, zu Zeiten des Tiefstandes dagegen Wasser von ihnen aufnimmt; diese Wechselwirkung wird in hohem Masse durch Flusspaltungen begünstigt, die grosse Schottermulden von allen Seiten umfassen. Der Donaustrom, welcher schon bei seinem Eintritt in das Pressburger Becken verhältnismässig wenig verunreinigt ist, erhält somit zu Zeiten des Tiefstandes bedeutende reine Zuflüsse aus den Grundwasserreservoiren dieses Beckens; die höheren Wasserstände der Donau sind, abgesehen von den durch lokale Regenfälle zeitweise veranlassten und dann nur kurze Zeit dauernden Hochwassern — in der Hauptsache das Ergebnis der Schneeschmelze in den angrenzenden Hochgebirgen und den Alpen; die Anschwellung der Donau erfolgt deshalb im Frühjahr und in den Sommermonaten, die Abschwellung im Winter. Die hiernach an und für sich sehr günstige Beschaffenheit des Donauwassers trifft nunmehr noch zusammen mit den äusserst günstigen geologischen Verhältnissen des Grundwasserbeckens zwischen Waitzen und Uj-Pest, welche, wie schon oben geschildert, die Filtration des in dasselbe eindringenden Flusswassers in vollkommenster Weise gewährleistet.

Die Heranziehung beider Donauufer und der Inseln Palota und Szt. Endre ermöglichte es, abgesehen von einer grösseren Ausnutzung des Grundwasserreservoirs, die Gesamtanlagen des Wasserwerks auf einen verhältnismässig kleinen Raum zu beschränken und dadurch eine möglichst zentralisierte Anlage zu schaffen, die sich auf ein Gebiet von nur 8 km Länge erstreckt (Dunakesz bis Uj-Pest).

Die Zahl der gegenwärtig im Betriebe befindlichen Brunnen von 15—20 m Tiefe unterhalb des Flussbettes (in einer Entfernung von 100 bis 200 m von einander angelegt) beträgt 73. Dieselben haben ein Tagesquantum von 240000 cbm, welches einem Zuflusse von 2,8 cbm pro Sekunde entspricht, zu liefern. Man nimmt an, dass hiervon $^1/_3$ dem vom Lande herkommenden Grundwasser, $^2/_3$ dem natürlich filtrierten Donauwasser entstammt. Bei wenig schwankender Temperatur hat sich das Wasser auch sonst als gutes Trinkwasser bisher bewährt und es sind auch bei Hochwasserstand der Donau Trübungen nicht beobachtet worden. Das Wasserwerk selbst mit seinen Sammelpump-

stationen und der Hauptbeförderungsstation ist eine musterhafte Anlage, der ein nach jeder Richtung hin sorgfältiger Betrieb entspricht.

Dass die Benutzung des Untergrundstromgebietes für den enormen Wasserbedarf einer stetig wachsenden Grossstadt möglich gewesen ist und bisher allen Voraussetzungen entsprochen hat, dürfte allerdings nur auf die ausserordentlich günstigen geologischen und hydrologischen Verhältnisse dieses Gebietes im Vereine mit den Strömungsverhältnissen der Donau zurückzuführen sein.

Gewerbehygiene.

Die gewerblichen Angelegenheiten in Ungarn ressortieren vom Handelsministerium. Da dasselbe bereits seit dem Jahre 1903 in die Vorarbeiten für den Entwurf einer neuen, im Jahre 1905 dem Parlamente vorzulegenden Gewerbeordnung eingetreten ist, werden die zur Zeit gültigen Bestimmungen des Gewerbe-Gesetzes von 1884 und des Gesetzes von 1893, betreffend die Einführung von Gewerbe-Aufsichtsbeamten, voraussichtlich auch auf gewerbe-hygienischem Gebiete wesentliche Aenderungen erfahren.

Neben der Beaufsichtigung des eigentlichen Gewerbebetriebes durch den Gewerbeaufsichtsbeamten, der dabei auch über gewerbehygienische Angelegenheiten selbständig zu befinden hat, steht in 1. Instanz auch dem Oberstuhlrichter die Entscheidung über allgemeine und private Interessen, welche sich aus dem Betriebe ergeben, besonders über gesundheitsschädliche Einflüsse derselben zu, wobei er sich des technischen Beirates des zuständigen Bezirksarztes bedienen kann. Die Aufsichtsbefugnis des Oberstuhlrichters findet eine ausserordentliche Unterstützung durch die strengen Strafen, welche das Strafgesetzbuch für die Uebertretung gesundheitlicher Erfordernisse vorsieht. Im übrigen ist auch die Möglichkeit der Expropriierung einer ganzen Betriebsanlage gegeben, falls die nachgewiesenen Schädlichkeiten nicht durch entsprechende Massnahmen behoben werden können. Bei allen Verhandlungen vor dem Oberstuhlrichter ist für weitgehendste Oeffentlichkeit derselben Sorge getragen.

Bei Prüfung der Konzessionsanlagen ist die Gewerbebehörde verpflichtet, zu untersuchen, ob die geplante Betriebsanlage den massgebenden sanitären Vorschriften entspricht und ob für Leben und Gesundheit der Arbeiter genügender Schutz geboten wird.

An dem öffentlichen Konzessionsverfahren, welches an Ort und Stelle stattfindet, ist schon jetzt neben dem Gewerbeaufsichtsbeamten

der Bezirksarzt beteiligt; beide ergänzen sich in ihrem technischen Gutachten. Ueber den Beschluss, wie über das Verfahren selbst ist innerhalb 15 tägiger Frist ein Rekurs an den Vizegespan, in den Munizipalstädten an den Magistrat zulässig, in letzter Instanz noch an den Handelsminister. Alle Angelegenheiten, welche an die Zentralinstanz gelangen, kommen auch zur Kenntnis der Sanitätsabteilung des Ministeriums des Innern, welche erforderlichen Falles einen Sanitätsinspektor zur örtlichen Feststellung entsendet. Letztere Massregel ist für den Einfluss der Sanitätsbehörde auf die gewerblichen Angelegenheiten von besonderer Bedeutung, solange die Gewerbeamten noch nicht ohne weiteres verpflichtet sind, den Gesundheitsbeamten zuzuziehen, wo es sich um gesundheitliche Fragen handelt; die neue Gewerbeordnung sieht diese Verpflichtung vor, und es wird alsdann dafür Sorge getragen werden, den Bezirksärzten zur weiteren Ausbildung auf gewerbehygienischem Gebiete besondere Gelegenheit zu geben.

Die Intentionen der Staatsverwaltung gehen jedenfalls dahin, den Gesundheitsbeamten unbeschadet der Befugnisse der eigentlichen Gewerbeaufsichtsbehörde an den Fragen der Gewerbehygiens in weitestem Umfange zu beteiligen.

Schulhygiene.

Die erste Grundlage für die sanitäre Beaufsichtigung der Schulen in Ungarn hat bereits das Sanitätsgesetz von 1876 insoweit geschaffen, als die Volksschulen unter die Aufsicht des Munizipiums gestellt wurden, welches dieselbe unter der Leitung und Kontrolle des Verwaltungsausschusses durch seine Amtsärzte und durch sonstige Beamte auszuüben hat. Der Verwaltungsausschuss des Munizipiums, dessen Mitglied der Oberphysikus ist, prüft auch an der Hand der von dem Unterrichtsminister erlassenen allgemeinen Instruktion und Musterentwürfe die Schulbauprojekte, wobei insbesondere die hygienischen Fragen zu berücksichtigen sind. — Die übrigen Bestimmungen des Sanitätsgesetzes beziehen sich nur auf die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule, nämlich die Anzeigepflicht seitens des Schulvorstandes, die Fernhaltung erkrankter Schüler vom Schulbesuch und Schulschliessung beim Ausbruche einer ansteckenden Krankheit in der Schule selbst oder bei gehäuftem Auftreten derselben unter den Schulkindern.

Mit der Einführung von Schulärzten ist die Staatsverwaltung in Ungarn schon frühzeitig vorgegangen. Im Jahre 1886 erschien ein



vorbereitender Erlass des Unterrichtsministers, welcher die Anstellung von Schulärzten für den eigentlichen schulhygienischen Dienst und für die Erteilung des Unterrichts in der Gesundheitslehre an den Mittelschulen (Gymnasien und Realschulen), und zwar sowohl den staatlichen, wie den kommunalen, wie den konfessionellen ins Auge fasste. Zu diesem Zwecke ist zunächst ein dreimonatlicher hygienischer Professoren-Uebungs- und Qualifikationslehrkursus vorgesehen, nach dessen erfolgreicher Absolvierung der Schularzt die Ernennung zum Professor der Hygiene an Mittelschulen erlangen sollte; der Lehrplan dieses Kursus, der an den Universitäten zu Budapest und Klausenburg abgehalten wird, umfasst die Schulhygiene und den in den Mittelschulen vorzutragenden Teil der Gesundheitslehre. Der genannte Erlass behandelte ferner die allgemeinen Aufgaben des Schularztes und Professors der Hygiene, nämlich die Ueberwachung der Schule vom hygienischen Standpunkte und die Kontrolle des Gesundheitszustandes der Schüler nach der von dem Unterrichtsminister zu erlassenden Instruktion; die Kontrolle der für die Schüler vermieteten Wohnungen sowie der Verpflegung der Schüler; Untersuchungen von Privatwohnungen nur im Auftrage des Direktors; Erteilung des Unterrichts in der Gesundheitslehre nach dem zu erlassenden Lehrplane; die Zuziehung dieser Kategorie von Schulärzten gegen entsprechende Gebühren auch zur Erledigung anderweiter hygienischer Aufgaben. Der Erlass bestimmt ferner, dass der Schularzt Mitglied des Lehrkörpers und in hygienischen Fragen stimmberechtigt ist, dass er in allen diesen und den Gesundheitszustand der Schüler betreffenden Fragen gehört werden muss, und dass der Leiter der Anstalt nur auf eigene Verantwortung von dem schulärztlichen Gutachten abweichen darf. Die Gesundheitslehre ist in jeder vollständigen Mittelschule in der 7. und 8. Klasse als ausserordentlicher Lehrgegenstand in 2 Stunden wöchentlich vorzutragen; an nicht vollständigen Mittelschulen fällt dieser Unterricht fort und wird nur der eigentliche schulärztliche Dienst geleistet. Die Gesundheitslehre ist auch Gegenstand der Prüfung am Schlusse des Schuljahres.

Im Jahre 1887 erschien die Instruktion über den schulärztlichen Dienst einschliesslich des Lehrplanes für den Unterricht in der Gesundheitslehre. Ersterer umfasst die Aufgaben der Hygiene der Schule (Schulhaus-, Schuleinrichtungen- und Lehrmittelkontrolle, Vorschläge über Einrichtung von Schwimmbädern, Spiel- und Turnplätzen), die sanitätspolizeilichen Massregeln (Trinkwasserkontrolle, Ueberwachung der Desinfektionen und Vorschläge beim Ausbruche



von Infektionskrankheiten), endlich die individuelle Hygiene (Untersuchung jedes zu Beginn des Schuljahres eintretenden Schülers, Vorschläge über die bei abnormen Zuständen des Schülers erforderlichen Massregeln, Beaufsichtigung der schwachsichtigen Kinder, eventuell Ausschliessung der Kinder vom Schulbesuch, Vorschläge bezüglich etwaiger Ueberbürdung der Schüler). Ueber krank gemeldete Schulkinder sind Listen zu führen; von Infektionskrankheiten wiedergenesene Schüler sind vor ihrem Wiedereintritt in die Schule vom Schularzte in deren Wohnung zu untersuchen, auch die Desinfektionsmassnahmen persönlich in Augenschein zu nehmen.

Ueber den Gesundheitszustand der Schüler und den hygienischen Zustand der Schule hat der Schularzt dem Direktor am Schlusse des Schuljahres einen Bericht zu erstatten, der an den Oberdirektor des Schulbezirks einzureichen ist.

Der Unterricht in der Gesundheitslehre umfasst den Wert der Gesundheit, die sozialen Nachteile der Krankheit und des zu frühen Todes, sowie den Wert der Gesundheitspflege zur Hintenanhaltung dieser Nachteile; die Ernährung, die schädlichen Folgen schlechter Ernährung und verfälschter und ungesunder Nahrungsmittel; die Wohnungs- und Gewerbehygiene, die Kanalisation, Krankenanstalten und Schuleinrichtungen; die Infektionskrankheitrn und deren Verhütung, das Rettungswesen. Der Unterricht hat sich dem Bildungsgrade der Schüler anzupassen und der Schularzt hat sich zu diesem Zwecke mit den Fachlehrern in Verbindung zu setzen.

An den staatlichen Mittelschulen stellt der Staat die Schulärzte an. Auch die kommunalen und konfessionellen Mittelschulen verfügen meist bereits über Schulärzte. Um den Aerzten des Landes in möglichst weitem Umfange die Möglichkeit zu gewähren, an den Schularztkursen teilzunehmen, sind staatliche Subsidien für dieselben in Aussicht genommen.

Die Volksschulen ermangeln noch bis heute eigentlicher Schulärzte und sind nach dieser Richtung hin nur auf den Einfluss der Bezirksärzte im Aufsichtswege angewiesen. In gewissem Grade wird aber auch in den Volksschulen hygienischer Unterricht erteilt, und zwar durch die Lehrer und im Anschluss an die in die Schulbücher aufgenommenen Aufsätze über die Gesundheitslehre. Der Lehrplan für die Lehrerseminare sieht einen hygienischen Unterricht insoweit vor, als solcher sich mit dem Naturgeschichtsunterricht in Verbindung bringen lässt. Auch sind für die Zukunft Ferienkurse für die Lehrer



vorgesehen, bei welcher Gelegenheit Hygiene vorgetragen werden soll. In den Mädchenbürgerschulen (gehobene Schulen) sowie in den höheren, 4—6 klassigen Töchterschulen ist in der 4. Klasse der Unterricht durch einen Professor der Hygiene, der gleichzeitig meist den schulärztlichen Dienst versieht, obligatorisch. — Die Erfahrungen, welche man in dem langen Zeitraum seit 1887 mit der Durchführung des schulärztlichen Dienstes und der Erteilung des Unterrichts in der Gesundheitslehre durch besonders vorgebildete Aerzte in den Mittelschulen und ähnlichen Anstalten Ungarns gemacht hat, sind so günstige gewesen, dass sich gegen die weitere Ausgestaltung des Schularztwesens, insbesondere gegen die Organisation des schulärztlichen Dienstes in den Volksschulen von keiner beteiligten Seite wesentlicher Widerstand geltend machen wird. Es kommt hinzu, dass die durch die schulärztlichen Fachkurse geförderte Ausbildung einer grossen Zahl von Aerzten in der Hygiene den Gemeinden zur Erfüllung ihrer sanitären Aufgaben auch ausserhalb des Schulgebietes eine wertvolle Unterstützung gewährleistet, indem, wie oben ausgeführt, die Schulärzte als Fachorgan für alle übrigen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens herangezogen werden können. Andererseits dürfte das Hineintragen hygienischen Wissens in weite Volkskreise auf keinem anderen Wege so zweckmässig und erfolgreich zu bewirken sein, als durch systematische Erteilung von Schulunterricht in der Gesundheitslehre. Die nach langjährigen Beobachtungen durchaus bewährten Einrichtungen Ungarns auf dem schulärztlichen Gebiete sind so mustergültige, dass sie wert erscheinen, auch auf preussische Verhältnisse übertragen zu werden. Vor allem ist die Ausbildung von Schulärzten und schulärztlichen Gesundheitslehrern durch besondere Fachkurse erforderlich, an denen auch die Kreisärzte teilnehmen müssen, um den Aufgaben gewachsen zu sein, welche ihnen schon durch die hygienische Beaufsichtigung der Schulen zuteil geworden sind. Diese Fachkurse sind die Vorbedingung für die Einführung eines systematischen Unterrichts in der Gesundheitslehre wenigstens in den höheren Schulen Preussens, — eine Massregel, deren Wert heutzutage wohl nicht mehr in Frage gestellt werden kann.

2.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Lissabon.

Ein Reisebericht im Anschluss an den XV. internationalen medizinischen Kongress 1906.

Von

Dr. J. **Borntraeger**,
Regierungs- und Medizinalrat in Düsseldorf.

Kapitel I.

Die Medizinalverwaltung.

Die Medizinalverwaltung ist in Portugal nicht einheitlich, wie sie ja wohl in keinem Lande völlig einheitlich ist; in der Hauptsache ist sie dort bei dem Ministerium des Innern, daneben aber unterstehen wichtige Zweige dem Ministerium der öffentlichen Arbeiten; ein rechtes Medizinalministerium besteht nicht.

Das „Allgemeine Reglement des Gesundheitsdienstes und der öffentlichen Wohlfahrt" vom 24. Dezember 1901, enthalten im „Boletim dos serviços sanatarios do Reino" No. 1 von 1902, enthält sowohl Bestimmungen über die Organisation der Medizinalverwaltung als auch über den Gesundheitsdienst, die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, Desinfektion, Nahrungsmitteluntersuchungen, Institute .usw. und ist daher, wenn auch bereits Abänderungen getroffen sind, von grösster Bedeutung für die Kenntnis des Medizinalwesens in Portugal bezw. Lissabon. Folgendes für das Verständnis des Ganzen Wichtige sei ihm und dem für den internationalen medizinischen Kongress für 1906 zusammengestellten „Guide médical de Lisbonne" entnommen.

A. Der Minister des Innern ist der Chef der Exekutive und der Medizinalverwaltung, gleichzeitig Präsident des obersten öffentlichen Gesundheitsrates, der seinerseits aus ordentlichen und ausser-

ordentlichen Mitgliedern besteht und kollektiv und konsultativ wirkt. Vizepräsident des Gesundheitsrates und Stellvertreter des Ministers ist hier der Generaldirektor der Gesundheits- und Wohlfahrtsdirektion, der ein Arzt sein muss.

Unter dem Minister bzw. neben dem obersten Gesundheitsrat steht die Generalinspektion des Sanitätsdienstes, vertreten durch einen Einzelbeamten, den General-Gesundheitsinspektor, der wiederum ein Arzt sein muss (Art. 14), erwählt aus den Medizinalbeamten oder Hygieneprofessoren. Der General-Gesundheitsinspektor hat „die technische Direktion des Sanitätsdienstes", er überwacht den gesamten Gesundheitsdienst im Königreich Portugal einschliesslich der sanitären Seite des Schiffsverkehrs, er ist Vorgesetzter aller Medizinalbeamten und trifft Anordnungen, wie er Erhebungen veranlasst. Er hat Dienstwohnung in Lissabon. Das hygienische Institut, ein hygienisches Museum, ein chemisches Staatslaboratorium, letzteres insbesondere zur Untersuchung von Nahrungsmitteln bestimmt, ein statistisches Bureau befinden sich im selben Hause, ein besonderes Medizinal-Verordnungsblatt wird von ihm herausgegeben. 2 Kreisärzte und ein Sanitätsingenieur sowie nach Bedarf die Direktoren der verschiedenen Kranken-, Desinfektions-, bakteriologischen Anstalten in Lissabon stehen ihm zur Seite. Er ist geborenes Mitglied des erwähnten obersten Gesundheitsrates, die Seele und das Zentrum des eigentlichen Sanitätsdienstes in Portugal.

Art. 15 führt als Obliegenheiten des Generalinspektors hauptsächlich auf: Oberaufsicht über die Krankenanstalten, die technischen sanitären Einrichtungen und den ganzen Gesundheitsdienst der Medizinalbeamten, Informationen über das Gesundheitswesen, Veranlassen von Ermittelungen und Vorgehen bei Auftreten ansteckender Krankheiten, Berichten darüber an den Minister oder Generaldirektor, Ausarbeiten von Gesetzesbestimmungen für das Gesundheitswesen, Regeln der Geschäfte des Inspektionssekretärs, Beaufsichtigung der Gesundheitsdelegationen (s. unten) und -Institute, Veranlassen von Besichtigungen event. Einschreiten, Erteilen von Instruktionen, Korrespondieren mit den übrigen technischen Behörden, Ausarbeiten von Statistiken, Erteilen von Urlaub an die Inspektionsbeamten bis 14 Tage und Sorge für Stellvertretung, Herausgeben des „Boletim dos serviços sanatarios" usw. Im ganzen sind 16 Obliegenheiten mit grosser Gründlichkeit aufgezählt.

Unter dem General-Gesundheitsinspektor (Inspecçao general dos

serviços sanitarios) gabelt sich das Sanitätswesen in das Land- und in das Seesanitätswesen.

Das Seesanitätswesen ist organisatorisch das einfachere. Die Beamten gliedern sich in Inspekteure und Gesundheitschefs (Guardamores de saude).

Im Landsanitätswesen folgen auf den Generalinspektor die Delegados de saude — sämtlich Aerzte — d. h. die unter bzw. neben den die allgemeine Exekutive vertretenden Gouverneuren der 21 (im europäischen Portugal 17) Distrikte stehenden 21 Distrikts-Sanitätsbeamten, etwa unseren Regierungs- und Medizinalräten analog, nur dass jene als technische besondere Einzelbeamte selbständig im Sanitätsdienste dastehen; sie sind persönliche Vorgesetzte der Subdelegados de saude, haben ein eigenes Bureau und gehen selbständig in dem ihnen zugewiesenen Rahmen vor.

Auch den Zivilgouverneuren ist eine beratende Sanitäts-Kollektivbehörde („Junta sanitaria do districto") beigeordnet, deren Vorsitzender der Gouverneur, dessen Stellvertreter wiederum der Medizinalrat ist, der als Leiter tatsächlich sehr häufig in Funktion zu treten scheint. Art. 76 des Reglements weist dem „Delegado" 27 Obliegenheiten zu: er hat die technische Direktion des Distrikts-Gesundheitsdienstes, überwacht und veranlasst gesetzliche Bestimmungen, dirigiert den Gesundheitsdienst der Subdelegados (Kreisärzte), bearbeitet die Statistik und überreicht sie dem Generalinspektor, untersucht die Sterblichkeitsursachen, benachrichtigt den Generalinspektor und Zivilgouverneur über besondere Ereignisse, übermittelt ihnen den Bekämpfungsplan bei Epidemien, studiert die Ursachen solcher, unterstützt die „Assistencia aos Tuberculosos", sorgt für Ausführung der Massnahmen gegen ansteckende und zymotische Krankheiten, überwacht ungesunde Anstalten, beaufsichtigt die Kinderhygiene, die Wasserleitungen und Abwässerbeseitigungen, macht Vorschläge für die Bauhygiene, überwacht die Arbeiterwohnungen, inspiziert die Apotheken und Mineralwasserniederlagen, ermittelt unerlaubte Ausübung des Aerzte- und Apothekengewerbes, führt eine Liste der Subdelegados, korrespondiert direkt mit den übrigen Behörden seines Distrikts, erstattet den Jahresbericht dem Generalinspektor usw.

In der Junta haben der Subdelegado und der oberste Militärarzt des Ortes sowie noch andere Aerzte Sitz, nach Bedarf auch der Ortsbürgermeister, Tierarzt, ein Vertreter der Landwirtschaft, der Direktor der öffentlichen Arbeiten, die Nichtärzte jedoch ohne Stimme.



Der Delegado de saude wird aus der Zahl der Kreisbeamten von der Regierung auf Vorschlag des Generalinspektors ernannt, nachdem er ein schriftliches und praktisches Examen gemacht hat.

Die Subdelegados de saude stehen unseren Kreisärzten nahe und sind den Kreisbehörden (Concelhos) (291) nebengeordnet. Sie sind — nicht vollbesoldete — Einzelbeamte und werden, sofern nicht nur ein einziger Arzt im Concelho vorhanden ist, der dann die Funktionen des Kreisarztes übernimmt, von dem Gouverneur aus der Zahl derjenigen im Kreise praktizierenden Aerzte ernannt, welche das Diplom des Kurses im Hygieneinstitut haben, soweit sie nicht schon zur Zeit der neuen Organisation Medizinalbeamte waren. Manche Subdelegados scheinen in mehreren „Concelhos" tätig zu sein. Ihre 32 Aufgaben sind nach Art. 74 u. a.: Untersuchungen über den Gesundheitszustand, Durchführen der sanitären Bestimmungen, Erstattung der Monatsberichte an den Delegado, Leichenschau, Statistik, Entgegennahme der Anzeigen über die ansteckenden Krankheiten, Dirigieren des Desinfektionsdienstes, Untersuchen der Epidemienursachen, Anzeigen derselben dem Delegado und der Polizei, die Tuberkulosebekämpfung mit der Assistencia aos Tuberculosos fördern, Impfen und Wiederimpfen, Sorgen für Vertilgung von Ratten, herumstreichenden Hunden und Mücken, Sorgen für Bereitstellung von Diphtherieheilserum, für Hygiene in den Krankenhäusern, Dispensaires, Wohnungen, Begräbnisplätzen, bei Beseitigung der Abwässer und in den Wasserversorgungsstellen, Besichtigungen der Läden für Nahrungsmittel und Getränke, der Apotheken, Bäder und Mineralwasserhandlungen, Untersuchen der Zureisenden aus infizierten Plätzen, Erstatten eines Jahres-Gesundheitsberichtes an den Delegado, Aufsicht über die Prostitutierten, schulärztliche Beaufsichtigung, ärztliche Behandlung von Armen, wesentliche Mitwirkung bei Unterdrückung ansteckender Krankheiten usw. Die Organe der Staatsverwaltung, der öffentlichen Arbeiten, der Magistrate stehen mit dem Subdelegado in Fühlung, er bildet unter den Feuerwehrleuten brauchbares Sanitätspersonal aus. Die mit der Eintragung der Geburten, Heiraten und Todesfälle beauftragten Geistlichen schicken ihm monatlich eine Uebersicht. Der Subdelegado erhält ein Magistratsbureau mit Sekretär.

Endlich kommen in den (3921) Parochien = Gemeinden die Kommunalärzte in Betracht, welche keinen Staatssold erhalten, sondern von den Gemeinden bezahlt werden, also unseren Stadt-, Gemeinde-, Polizei-, Armenärzten gleichen. Sie sind oft gleichzeitig Kreisärzte



bzw. umgekehrt oder vertreten diese; sie betreiben die Kommunalhygiene.

Das Jahresgehalt des Generalinspektors (mit „Gratifikation“) beträgt etwa 5920 Mk., des Delegado in Lissabon 4800 Mk., der Kreisärzte in Lissabon je 3600 Mk., in anderen Gemeinden (oft Nebenamt) nur 200—700 Mk., der Kommunalärzte angeblich sehr häufig insgesamt 4000 Mk. Auch letztere werden als pensionsberechtigt genannt.

B. Vom Minister der öffentlichen Arbeiten ressortieren als mit hygienischen Aufgaben beschäftigte Körperschaften die Direktionen, a) des Ackerbaus, b) des Handels und der Industrie und c) der öffentlichen Arbeiten und Bergwerke, welche sämtlich wieder beratende Körperschaften neben sich und nachgeordnete Einzelbeamte haben. Als eigentümlich kann bei a) der staatliche Distrikts-Ackerbaubeamte hervorgehoben werden; zu b) gehören die Gewerbe-Aufsichtsbeamten.

Die sanitären Aufgaben sind:

a) für die Direktion des Ackerbaus und ihre Organe die Aufsicht über die Produkte der Landwirtschaft, das Fleisch und andere Nahrungsmittel, die Bekämpfung der Tier- und Pflanzenkrankheiten, die Errichtung und der Betrieb von Laboratorien;
b) für die Direktion des Handels und der Industrie alle diejenigen Pflichten, welche in das Gebiet der Gewerbeaufsicht bei uns fallen, einschliesslich Bergwerke, Unfallverhütung, Versicherungswesen, Krankenkassen;
c) für die Direktion der öffentlichen Arbeiten die Bauhygiene, auch in bezug auf Krankenhäuser, Kasernen, Schulen, die Märkte, Arbeiterwohnungen, Kanalisationen, Wasserleitungen usw., ausserdem die Verwaltung der Heilquellen.

Durch Einordnung der Delegados und Subdelegados de saude wie des Direktors des hygienischen Instituts in Lissabon in die betreffenden beratenden Körperschaften ist überall der Zusammenhang mit der eigentlichen Sanitätsverwaltung sichergestellt.

Aus dieser Darlegung wird man folgendes als charakteristisch für Portugal hervorheben können:

1. Die Zahl der Behörden und der mit beamtlichen Funktionen ausgestatteten Personen überhaupt und so auch bei der Medizinalverwaltung ist gross, insbesondere auch die Zahl der beratenden Körperschaften.



2. Die Medizinalbeamten erscheinen durchweg als technische selbständige Einzelbeamte neben den allgemeinen Verwaltungsbehörden und als selbstvertretende Vorsitzende bzw. geborene Mitglieder der betreffenden beratenden Körperschaften, dabei mit besonderer Stufenleiter bzw. Vorgesetzen- und Untergebenenverhältnis in sich, wie wir in Deutschland es im Sanitätsoffizierkorps haben, das, in sich gegliedert und selbständig, neben dem Offizierkorps steht.

Die Medizinalbeamten, deren Bekanntschaft ich machen durfte, — Generalinspektor, Regierungs-Medizinalärzte, Kreisärzte usw. — und aus deren persönlichem Verkehr mancherlei Interessantes zu erfahren war, zeigten sich, soweit dies in der Kürze zu beurteilen war, als vortrefflich unterrichtete und geschulte, für ihr Fach eingenommene, höchst liebenswürdige und hygienisch gut durchgebildete Herren; und das Gleiche gilt von den „Hilfsbeamten" der Sanitätsbehörden, den „Sanitäts-Ingenieuren", einer portugiesischen Eigentümlichkeit, deren Werdegang später noch beleuchtet werden wird.

Der Generalinspektor Professor Dr. Ricardo Jorge, welcher offenbar weithin, in und ausserhalb des Sanitätskorps, hohes Ansehen und grossen Einfluss geniesst, erwies sich als ein vortrefflicher, von den übrigen Medizinalbeamten verehrter Mann von zielbewusstem Wesen und grossem Organisationstalent und war ein ausgezeichneter Leiter der hygienischen Sektion des Kongresses. Er hat s. Zt. als Kreisarzt von Oporto angeblich versetzt werden müssen, weil er infolge der Pest in Leixoes und des Typhus in Oporto für viele Leute zu energische Massnahmen ins Werk gesetzt hatte; hie Sterblichkeit in Oporto ist seitdem aber erheblich herabgegangen, und Ricardo Jorge wirkt jetzt nicht nur für die weitere Assanierung von Oporto, sondern des ganzen Landes, da er eben an der Spitze der gesamten eigentlichen technischen Sanitätsverwaltung steht. Auf ihn ist auch die Gründung des Hygiene-Museums zurückzuführen. Er ist gleichzeitig Professor an der Medizinschule in Lissabon.

Was nun speziell die Landeshauptstadt Lissabon anbelangt, so weicht ihre Medizinalverwaltung, ebenso wie die in Oporto und Coimbra, von obigem Schema ab. Ihre Verwaltung ist etwa analog derjenigen unserer Städte mit Königlichen Polizeidirektionen. Der Magistrat hat innerhalb seiner Verwaltung auch sanitäre Aufgaben (Statistik, Schlachthäuser, Märkte, Kirchhöfe, Beleuchtung, Wasserversorgung, Schlächtereien, Entwässerung, Abfuhrbeseitigung, Bau- und Strassenhygiene, Krankentransportwagen usw.); die Sanitätspolizei aber liegt in den



Händen des Zivilgouverneurs, auch finden bei ihm die An- und Abmeldungen der Aerzte, Apotheker, Zahnärzte, Hebammen statt; die Beaufsichtigung bzw. Verwaltung des Prostitutions- und des Irrenwesens, der Hotels, der Wohltätigkeitsanstalten pp. findet hier ebenfalls statt. Die technische Medizinalverwaltung heisst auch hier „Gesundheitsdelegation von Lissabon“. Sie wird repräsentiert durch den „Delegado de saude“; als Hilfskräfte sind ihm zugeordnet 2 Kreisärzte, 1 Gesundheitsingenieur, 1 Sekretär und Bureaupersonal. Er ist das Zentrum der inneren Medizinalverwaltung der Stadt, gibt das wöchentliche Gesundheitsbulletin heraus. Neben dem Delegado besteht, wie überall, der Distriktsgesundheitsrat, bestehend aus mehreren Kreisärzten der Stadt, dem Hygiene-Professor der Medizinschule, dem Agrikulturbeamten, dem Departementstierarzt, dem Direktor der öffentlichen Arbeiten, dem Oberbürgermeister u. a. Ausserdem müssen der Delegado, die Subdelegados, der Gesundheitsingenieur, die Direktoren des bakteriologischen Instituts, des Desinfektionswesens und des hygienischen Laboratoriums einmal im Monat zusammenkommen, um über die gesundheitlichen Verhältnisse der Stadt sich zu unterrichten und zu beraten. Diese Massnahme erscheint nicht unzweckmässig.

Unter dem Delagado sind in Lissabon 20 „Subdelegados“ angestellt, d. h. ebensoviele, als die Hauptstadt „Zonen“ hat. Die Aufgabe dieser Kreis- bzw. Zonenärzte ist, wie überall in Portugal, im Besonderen auch: Ausführung der hygienischen Besuche und Untersuchungen, zumal auch wegen ansteckender Krankheiten, Besichtigung der Nahrungsmittel in den Läden, Untersuchung der Prostituierten in den polizeilichen Dispensaires oder in deren Hause, Untersuchung und Ueberwachung von aus infizierten Orten kommenden Personen sowie von Geisteskranken, hygienische Beaufsichtigung der Schulen, Ausführung der Impfungen, Behandlung der Armen und Bedürftigen in der Sprechstunde und in der Wohnung u. dergl. m. Die Armen werden unentgeltlich behandelt, die Bedürftigen zu verbilligten Preisen, d. h. für etwa 45 Pfg. für die Konsultation und 1,75 Mark für den Besuch — letzte Taxe verhältnismässig teuer für unsere Verhältnisse —; allgemein werden sonst 4,50—9 Mark für den Besuch in Lissabon gerechnet.

Lissabon ist weiter Sitz einer medizinischen Fakultät, der Medizinschule, ebenso wie Oporto, während in Coimbra die Landesuniversität mit den 4 Fakultäten ist. Die Inskription als Mediziner setzt ausser Absolvierung des Gymnasiums den Nachweis des Unter-



richtes in der Experimentalphysik und der organischen und anorganischen Chemie voraus, welcher in Lissabon in der polytechnischen Hochschule erworben wird — 3 Jahre. Das Medizinstudium dauert dann noch 5 Jahre. 15 ordentliche Lehrstühle sind hier vorhanden; und jährlich absolvieren etwa 32 Studenten das Studium in Lissabon.

Auch die Hebammen werden in den Medizinschulen ausgebildet.

Kapitel 11.

Allgemeine Gesundheitsverhältnisse in Lissabon.

Wie Camoens Portugal als den „Scheitel Europas" bezeichnete, so nennen die Portugiesen heute ihre Landeshauptstadt Lissabon gern den „Vorhafen Europas". Nicht mit Unrecht. Denn tatsächlich laufen sehr viele Dampferlinien auf der Reise aus südlichen, östlichen und westlichen Ländern regelmässig Lissabon als ersten oder auch weiteren europäischen Hafen an, und da in so manchen dieser Länder die Hygiene und Seuchenbekämpfung nicht durchaus einwandsfrei ist, so erscheint Lissabon als das erste Filter, welches die gröbsten exotischen Infektionen abfängt. Ganz besonders ist Brasilien, mit dem hier ein sehr reger Verkehr besteht, in Portugal als Ursprungsort von allerlei üblen Einfuhrkrankheiten gefürchtet, und da die Seereise von Lissabon z. B. nach Deutschland (Bremen, Hamburg), oft direkt, nur 3—4 Tage dauert, so lassen sich in der Tat auch bei uns Krankheiten von da leicht einschleppen, die oft erst auftreten, wenn der Ergriffene schon einige Tage bei uns ist.

Es erscheinen daher einzelne Daten über die Gesundheitsverhältnisse in Lissabon und die daselbst vorkommenden Seuchen von Bedeutung.

Lissabon besass 1904 eine berechnete Bevölkerung von 376455 Menschen (183586 Männer, 192869 Erauen), also etwa so viel wie Frankfurt a. M. Die Stadt ist bekanntlich über Hügel und Täler am rechten Tajoufer erbaut und liegt auf $38^{0}\,42\,{}^{1}/_{2}$ Nordbreite, im Wesentlichen nach Süden gerichtet. Die jährliche Regenmenge ist durchschnittlich etwa 738 mm, Winde sind häufig, zumal nördliche.

Die Zahl der Lebendgeborenen betrug jährlich im Durchschnitt von 5 Jahren rd. 9682 (4870 männlich, 4712 weiblich), darunter 3388 uneheliche = nahezu 35 pCt., also recht viele. Die Zahl der Totgeburten war 779.

Die Zahl der Eheschliessungen war durchschnittlich jährlich 2208.



Es starben jährlich rd. 8925 Personen, d. h. 24,45 p.M. der Bewohner.

Besonders günstig sind die Gesundheitsverhältnisse also nicht, doch ist die Verhältniszahl der Todesfälle von 24,96 p.M. in 1900 auf 23,15 in 1904 herabgegangen; 1881 war die Zahl noch rd. 26,9 p.M., 1895/99 noch 26,85 p.M.

Die Bevölkerung ist von 201 830 in 1881 auf, wie erwähnt, 376 455 in 1904 gestiegen; doch spielen hierbei gewisse Ein- und Ausgemeindungen eine Rolle.

Kindersterblichkeit.

1865 Kinder sterben durchschnittlich jährlich im ersten Lebensjahre (1026 Knaben, 839 Mädchen) = nahezu 20 pCt. der Geborenen. Wie so oft im Süden, ist die Todesziffer in Lissabon nicht besonders hoch. 147 p.M. der Todesfälle sollen auf kontagiöse Krankheiten entfallen. Besonders stark wütet die Tuberkulose. Silva Carvalho rechnet 59 Kinder des ersten Lebensjahres und 157 der Jahrgänge 1—5, welche unter den 1400 Tuberkulosesterbefällen in Lissabon jährlich vorkommen. Während die Tuberkulosesterblichkeit in Lissabon im allgemeinen 3,8 auf 1000 Einwohner ist, so ist sie 5,6 bei den Gruppen der Kinder bis zu 5 Jahren. Die Hauptzahl der kleinen Kinder wird aber naturgemäss auch hier durch Ernährungsstörungen hingerafft. (Als „Kindersterblichkeit" gelten in Portugal im allgemeinen die Todesfälle in den beiden ersten Lebensjahren.)

Daher sind denn auch, um das gleich hier anzuführen, Krippen und Milchküchen (Lactarios) in Lissabon eingerichtet, deren Statuten praktisch sind.

Die „Associaçao dos Creches-Asylos" besitzt 2 Krippen mit den bekannten Bestimmungen. Als ich die eine am Tage nach dem Kongresse besuchte, nahm man mich sehr freundlich auf, da noch niemand vom Kongress dagewesen sei. Zu sehen war freilich nicht recht etwas. Es waren einfache Räume mit zahlreichen Kindern im Alter von $^1/_2$—4 Jahren, im ganzen nicht allzu sauber. Das ist freilich auch nicht zu verwundern, wenn man bedenkt, dass das Kind täglich durchschnittlich nur rd. 15 Pfg. kosten soll. Uebrigens wird hier auch geimpft, in einem Jahre 556 Kinder in beiden Krippen. Insgesamt hatten monatlich 134 Kinder Unterkunft gefunden — immerhin eine respektable Leistung. Auch diese Krippen werden



vom Subdelegado (Kreisarzt) besichtigt. Ich fand im Besichtigungsbuche der Anstalt folgenden Vermerk: „Encontre como sempre este establecimiento de Cardavo en bom estado. 20./5. 05" („ich fand, wie immer, das Etablissement in gutem Zustande").

Diese Besichtigungsbücher erscheinen praktisch. Sie fanden sich auch sonst bei vom Kreisarzt zu kontrollierenden Anlagen und könnten nachahmenswert erscheinen.

Die Statuten der „Associaçao das Creches" von 1876 enthalten folgende Bestimmungen:

Artikel 1. „Die Gesellschaft hat zum Zweck, während des Tages zu ernähren und zu bewachen die Kinder unter 3 Jahren, deren Mütter aus Notwendigkeit ausserhalb des Hauses arbeiten."

Der Beitrag des Mitgliedes beträgt mindestens 45 Pfg. monatlich (Artikel 2).

Artikel 4. „Die notwendigen Bedingungen für die Zulassung der Kinder sind: a) Alter von 1 Monat bis 3 Jahren, b) Nichtbestehen einer ansteckenden Krankheit, c) die Mütter müssen den Beweis der Notwendigkeit der Unterstützung liefern, d) die Mütter müssen sich verpflichten, während des Tages 2mal zur Krippe zum Stillen ihrer Kinder zu kommen und diese nicht ohne Erlaubnis des Arztes zu entwöhnen, e) die Kinder müssen zur geeigneten Zeit geimpft werden, f) sie müssen einen bestimmten und bekannten Wohnsitz haben."

Artikel 22. „Die Gesellschaft wird auch in ihrer Wohnung diejenigen Kinder unterstützen, welche die Bedingungen des Artikels 4 No. 1 nicht erfüllen."

Die Krippen haben je einen Vorsteher, eine Inspectrice und anderes Personal (Artikel 5).

Artikel 21. „In jeder Krippe wird ein Buch sein, wo die Besucher ihre Namen einschreiben, etwaige Gaben einzeichnen und ihre Beobachtungen über die Organisation der Krippe eintragen können."

Ganz modern und vortrefflich eingerichtet war das Lactario der Gesellschaft für den Schutz der ersten Kindheit („Associaçao protectora da Primeira Infancia").

Zwecke der Gesellschaft sind: Gründung von „gouttes de lait": Einrichtung von Couveusen; Verteilung genügender Nahrung und sonstige Hilfe für Wöchnerinnen, Verteilung von Kleidern an die Kinder, Sorge für Milch für die Neugeborenen und sonstige Fürsorge für Frühgeborene, Ausbreitung der Regeln der Kinderhygiene. Das Lactario selbst war ganz neu und vortrefflich eingerichtet und geleitet. An Räumen fanden sich Wartezimmer, Bureau-, Konsultationsräume, Kinderzimmer, Verteilungs-, Sterilisations-, Badezimmer, Abwaschräume usw. Mehrere Couveusen (Creadeira) waren aufgestellt und in Tätigkeit. Ein Stall für 16 Kühe, die alle unter tierärztlicher Leitung und Kontrolle (Tuberkulin) stehen, ist vorhanden. Man legt



Wert darauf, dass es Tiere der italienischen Rasse sind (Vaccas torines); sie erhalten vorwiegend Mehl und grosse Bohnen (Saubohnen) zur Nahrung. Morgens und abends wird die Milch frisch, wie sie von der Kuh kommt, eventell mit sterilem Wasser verdünnt, den Kindern gegeben, also ohne eigene Sterilisation, — ein Verfahren, das ich den Städten, Vereinen und Aerzten bei uns — leider bisher vergebens — oft empfohlen habe. Für den Transport wird die Milch in kleinen praktischen Flaschen sterilisiert. 100 arme Kinder erhalten ihre Milch täglich gratis geliefert. Die Milchküche hat Filialen in der Stadt, um den hier wohnenden Müttern das Erhalten der Milch zu erleichtern.

Höchst eigenartig ist die Bestimmung, dass Fabriken, welche über 50 Frauen beschäftigen, eine Krippe für die Arbeiterinnen einrichten müssen. Benachbarte Fabriken dürfen sich dazu vereinigen. Zu bestimmten Stunden müssen die Frauen Erlaubnis erhalten, ihre Kinder zu tränken. In den ersten 4 Wochen nach der Niederkunft darf hier keine Frau zur Arbeit zugelassen werden.

Endlich wirkt das „Dispensaire der Königin“ auch gegen die Säuglingssterblichkeit, wenn hier auch Kinder bis zu 12 Jahren aufgenommen werden. Von 1893—1905 sind hier 16 000 Impfungen vorgenommen, 46 000 Kranke versorgt, 20 000 Liter Milch und 714 000 Mahlzeiten ausgeteilt worden.

Wichtige Todesursachen in Lissabon waren innerhalb der 5 Jahre 1900—1904:

Typhus	78	im Durchschnitt, ziemlich gleich über die Jahre verteilt
Fleckfieber	1	„ „ „ „ „ „ „ „
Malaria	20	„ „ „ „ „ „ „ „
Pocken	43	(1900: 1, 1901: 5, 1902: 112, 1903: 84, 1904: 13)
Diphtherie und Croup	43,	im Durchschnitt ziemlich gleich verteilt
Influenza	138,	„ „ „ „ „
Cholera	—	
Cholera nostras	—	
Lungentuberkulose	1171,	„ „ „ „ „
Krebs u. maligne Tumoren	285	(1904: 312)
Epidem. Genickstarre	66	(1900: 1, 1901: 1, 1902: 224, 1903: 45, 1904: 48)
Organ. Herzkrankheiten	826,	im Durchschnitt ziemlich gleich verteilt
Akute Bronchitis	483,	„ „ „ „ „
Pneumonie	399	(1900: 357, 1904: 269)

Durchfall und Enteritis:

Personen über 2 Jahre alt	240,	im Durchschn. zieml. gleich verteilt
„ unter 2 Jahren	750,	„ „ „ „ „
Lebercirrhose	71,	„ „ „ „ „
Nierenentzündung	140,	„ „ „ „ „
Kindbettfieber	33,	„ „ „ „ „
Andere Unfälle i. d. Schwangerschaft und bei der Geburt	17,	„ „ „ „ „
Angeborene Lebensschwäche	309,	„ „ „ „ „
Altersschwäche	416,	„ „ „ „ „
Gewaltsame Todesarten und Unfälle	91,	„ „ „ „ „
Selbstmorde	29,	„ „ „ „ „

Erwähnenswert ist hiernach die Höhe der Sterblichkeit und die daraus zu folgernde Kränklichkeit an Malaria, Influenza, Lungentuberkulose, epidemischer Genickstarre, Herzkrankheiten, akuter Bronchitis, Lungenentzündung, Krebs, Diarrhoen, Lebercirrhose, Nierenentzündung.

Im Einzelnen ist folgendes bemerkenswert:

a) Malaria.

Malaria ist recht weit verbreitet in ganz Portugal; bei einer Bevölkerung von rd. 5 Millionen Menschen sterben jährlich etwa 563 = 1,12 p.M. an Wechselfieber.

Unter der Aegide des obersten Sanitätsbeamten, des bereits erwähnten Generalinspektors Ricardo Jorge, ist eine Enquete veranstaltet, welche ergeben hat, dass die Malaria von Norden nach Süden im Königreich zunimmt. An Mückenarten werden gefunden: Anopheles maculipennis, A. bifurcatus, Stegomia fasciata, Culex spathipalpis, C. annulatus, C. pipiens, C. impudicus, C. pulchritarsis, C. nemorosus. Ihr Vorkommen wie das Auftreten von Malaria wird in gewisse Beziehungen zur Reiskultur gebracht.

Lissabon selbst ist verhältnismässig wenig ergriffen; es sterben jährlich 0,53 pM. (absolut 20) an Malaria. Dabei ist Stegomia daselbst sehr verbreitet, Anopheles maculipennis in der Umgebung mässig.

Zu bestimmten Massnahmen ist es noch nicht gekommen. Die Sanitätsinspektion hat Preise für gute Arbeiten über Malaria ausgesetzt.



b) Darmtyphus.

Darmtyphus ist endemisch in Lissabon wie überhaupt in den Distrikten Portugals. Näheres nicht bekannt.

c) Einheimischer Brechdurchfall.

Der einheimische Brechdurchfall wird auffallend zahlreich in Portugal wie in Lissabon als Todesursache genannt. Es ist doch merkwürdig, wenn in einem Lande von rund 5 Millionen Einwohnern 1902 daran starben 2498, 1903 3041, 1904 2565 Personen über 2 Jahre, während bzw. 7161—8050—7122 unter bzw. von 2 Jahren daran zugrunde gingen. In Lissabon starben im Alter von über 2 Jahren: 205 bzw. 242 bzw. 249, unter bzw. von 2 Jahren: 732 bzw. 779 bzw. 758. Ueber die Ursachen dieser Sterblichkeit, zumal bei den älteren Personen, ist nichts angegeben gefunden.

d) Ruhr.

Ueber die Ruhr habe ich nichts Näheres erfahren. Sollten vielleicht Ruhr- und Typhusfälle in den zahlreichen Todesfällen der Erwachsenen an „Durchfällen“ zum Teil enthalten sein?

e) Epidemische Genickstarre.

Die epidemische Genickstarre scheint Portugal bis vor kurzem ziemlich verschont zu haben; sie soll dort, während sie anderwärts sicher bereits 1805 festgestellt wurde, erst 1860 zum ersten Male aufgetreten und 1864 schon wieder verschwunden sein. Erst 1900 erschien sie dann von neuem. Von Anfang 1900—1903, also in rund 3 Jahren, wurden dann rund 4000 Genickstarrefälle gerechnet, welche sich bei kritischer Sichtung angeblich auf 3000 werden vermindern lassen.

In Lissabon trat die Seuche 1900 auf und nahm 1902 einen epidemischen Charakter an, sodass in diesem Jahre 224 Personen daran starben und bis 1903 an 310 Erkrankte gezählt werden konnten. Bei weitem die meisten waren Kinder von 5—15 Jahren, älter als 25 Jahre waren wenige. Die Sterblichkeit war erheblich über 50 pCt. der Ergriffenen. Unter 274 bakteriologisch untersuchten Fällen wurde im bakteriologischen Institut „Camara Pestana“ 271 mal der Micrococcus intracellularis gefunden, 1 mal Streptococcus pyogenes, 1 mal Staphylococcus pyogenes aureus, 1 mal Diplococcus Fränkel.

Carlos França hat in einer Broschüre „Meningite cerebroespinhal epidemica" kompilatorisch eine grosse Reihe fremder und eigener Beobachtungen zusammengestellt und 103 Krankheitsfälle reichlich genau beschrieben.

Auch zur Zeit ist die Seuche in Lissabon anscheinend noch nicht ganz erloschen.

Bekämpfungsmittel: Anzeigepflicht, bakteriologische Feststellung, Isolierung, Desinfektion.

Dies Auftreten der Seuche in Lissabon beweist wieder, dass die Genickstarre keineswegs, wie neuerdings gelegentlich behauptet wird, nur dort epidemisch auftritt, wo Bergwerke eine Rolle spielen.

f) Pocken.

Die Pocken sind in Portugal noch verbreitet; am meisten in den letzten Jahren in Oporto, aber auch speziell in Lissabon. In ganz Portugal starben daran

1902 . . 715 (in Lissabon 112),
1903 . . 1629 „ „ 84), (im Landkreise 193)
1904 . . 447 „ „ 13).

In der letzten Zeit sollen die Pocken in Lissabon mehr verschwunden sein. Auch während des Kongresses hörte man in Lissabon zunächst nichts von Pocken. Als jedoch Berichterstatter am letzten Kongresstage das Hospital do Rego besuchte, also Ende April 1906, konnte er eine gewisse Zahl von Baracken nicht besuchen, da dort Pockenkranke lagen. Er erfuhr, es seien neuerdings — wenn kein Irrtum vorliegt — über 100 Personen, viel mehr Männer als Frauen, daran erkrankt; über den Ursprung wisse man noch nichts Sicheres; man nehme aber an, dass die Pocken auch diesmal aus Brasilien kämen, woher so oft übertragbare Krankheiten, zumal Pocken, eingeschleppt würden.

Nach Deutschland zurückgekehrt, ward Berichterstatter erneut an die Pocken gemahnt, als ein aus Lissabon in Remscheid im Regierungsbezirk Düsseldorf eintreffender Deutscher an den Pocken erkrankte und eine Verwandte ansteckte — gleichzeitig ein sprechendes Beispiel dafür, wie Krankheiten gerade aus Lissabon gelegentlich bei uns eingeschleppt werden können; der Betreffende war zur See, wie die meisten, von Lissabon nach Hamburg und von da direkt mit der Bahn nach Remscheid gefahren (6 Tage) und erkrankte etwa 2 Tage nach seiner Ankunft daselbst.



Er nahm ebenfalls an, er habe seine Krankheit von Brasilianern, welche in derselben Kammer am Morgen in Lissabon eingetroffen waren, in welche er des Abends eingezogen war.

Die Bekämpfungsmittel gegen Pocken sind Anzeigepflicht, Isolierung, Desinfektion.

Der Grund, dass die Pocken in Lissabon wie überhaupt in Portugal reich verbreitet sind, ist der, dass es an einer systematisch durchgeführten Impfung noch fehlt. Wenn auch die Impfung bereits 1799 nach Portugal kam, so dauerte es doch gerade 100 Jahre, bis, nämlich 1899, Impfung und Wiederimpfung obligatorisch gemacht wurden. Damit aber werden die Impfungen noch nicht tatsächlich ausgeführt; denn es fehlt an Lymphe. Es soll mit animalischer Lymphe geimpft werden, und das bakteriologische Institut in Lissabon soll diese Lymphe liefern. Die einzelnen Städte müssen nach der Zahl ihrer Geburten zu den Kosten der Lymphbereitung beitragen. Das bakteriologische Institut produziert aber bislang keine Lymphe. Daher wird die Lymphe meist aus Schweizer Lympherzeugungsanstalten bezogen, ausserdem ist allerdings in Lissabon ein derartiges Privatinstitut kleinen Umfanges (Parque vaccinogenico), welches vom Staate subventioniert wird.

In der Stadt Lissabon sind mehrere offizielle Stellen für unentgeltliche Impfungen, ausserdem private gegen Entgelt. Die grosse Wohltätigkeitsvereinigung „Misericordia", von der noch die Rede sein wird, lässt ebenfalls impfen, etwa 4000 Personen im Jahre, desgl. die Krippen, wie schon erwähnt.

So ist denn trotz des nicht voll durchgeführten direkten Impfzwanges allerdings seit Jahren eine grössere Anzahl von Personen in Portugal geimpft, zumal da, wie auch in anderen europäischen Staaten, gesetzlich die Impfung für den Eintritt in die Schulen (jetzt Schulzwang), für die Bekleidung öffentlicher Aemter usw. und die Wiederimpfung für Militär und Marine obligatorisch ist.

In Lissabon gibt es ausserdem eine Polizeiverordnung, welche bei Strafe von 20 Mk. allen Vermittelungsstellen verbietet, Dienstboten zu verheuern, ohne dass diese ein, vor spätestens 3 Monaten ausgestelltes, ärztliches Zeugnis vorlegen, dass sie geimpft sind und übrigens weder an Tuberkulose noch an einer anderen übertragbaren Krankheit leiden — eine gewiss recht einschneidende wie zielbewusste Massnahme.



Zum Schluss sei der originellen Massnahme gedacht, welche man 1812 anwandte, um wirksame Lymphe im Segelschiff von Lissabon nach Bahia in Brasilien zu bringen: man impfte einige kleine Kinder, brachte eine weitere berechnete Zahl ungeimpfter an Bord, und indem man fortlaufend ein Kind von dem anderen abimpfte, importierte man auf diese Weise frische Menschenlymphe in Brasilien — ähnlich der spanischen Expedition, die kurz vorher die Welt impfend umsegelt hatte.

g) Venerische Krankheiten.

Ueber die Zahl der venerischen Krankheiten in Lissabon hat sich Berichterstatter nicht näher informieren können; sie sollen recht zahlreich sein, wie in allen grossen Hafenstädten.

Die Prostitution untersteht einem Zweige der Polizei; ein Reglement vom 28. August 1900 regelt den Dienst.

Die Einschreibung erfolgt freiwillig oder gezwungen, stets gratis; die freiwillige Eintragung bei Personen unter 16 Jahren ist nicht zulässig, es sei denn, dass die Betreffende bereits prostituiert war. Die Betreffende erhält ein Buch, in welches Datum und Resultate der ärztlichen Untersuchungen eingetragen werden. Das Reglement unterscheidet 3 Klassen öffentlicher Häuser: gemeinsame Bordelle, Einzelwohnungen und Absteigequartiere (Casas de passe).

In Lissabon gibt es rund 600 Prostituierte, von denen 400 regelmässig untersucht werden. Die Prostituierten werden einmal wöchentlich untersucht, und zwar in den sogenannten Dispensaires der Polizei durch die 20 Kreisärzte, ausserdem sind 6 Aerzte zugelassen. Für 2—4 Mk. dürfen sie sich aber auch in ihren Einzelwohnungen untersuchen lassen. Verheiratete werden nicht untersucht, sofern sie nicht etwa getrennt von ihrem Ehemanne leben. Dagegen werden auch alle in öffentlichen Häusern und derartigen Einzelhäusern angestellten Dienstmädchen regelmässig untersucht. Personen über 45 Jahre sind der Untersuchung nicht mehr unterworfen.

Jede Prostituierte, welche an irgend einer ansteckenden Geschlechts- oder sonstigen Krankheit leidet, wird in bestimmte Hospitäler gesandt. Uebrigens sind die Hälterinnen öffentlicher Häuser gezwungen, der Polizei sofort Anzeige zu machen, wenn eine Prostituierte an einer ansteckenden Krankheit leidet, und sie sofort zu isolieren.

Prostituierte, welche diesen Vorschriften nicht nachkommen, werden mit bestimmten Strafen belegt, desgl. aber auch bestimmungsgemäss Männer, welche, wissend, dass sie an einer ansteckenden Krankheit leiden, eine Prostituierte infizieren.

Die untersuchenden Aerzte sind übrigens gehalten, den Prostituierten Belehrungen zuteil werden zu lassen über die Erkennung der venerischen wie sonstigen ansteckenden Krankheiten und ihnen gewisse hygienische Regeln beizubringen.

Die erkrankten Prostituierten werden im Hospital do Desterro untergebracht, einem alten klösterlichen Bau. Das Ganze ist sauber, das Personal weltlich. Ein besonderes neues Krankenhaus für diese Kranke (Santa Martha) ist im Bau.

Im Hospital do Desterro, wo 400 Patientinnen waren, lagen am Besuchstage 67 syphilitische Prostituierte.

Die Behandlung geschieht mit wöchentlichen Einspritzungen von 1 cg Sublimat; das geschieht 6 Wochen lang. In der 5. Woche pflegt Speichelfluss einzutreten. Die Resultate sollen gut sein.

Auffallend gross war die Zahl der Kröpfe unter diesen Patientinnen.

Gonorrhoe soll wenig beobachtet werden. Es wird aber auch anscheinend nicht hinlänglich mikroskopisch untersucht.

Resumé:

Man findet bei der Reglementierung der Prostitution in Lissabon die allgemein gebräuchlichen Bestimmungen wieder, dabei, wie so oft in Portugal, sehr ins Einzelne gehend, m. E. manchmal etwas theoretisierend. Tatsächlich soll angeblich die Einschreibung keineswegs strickte durchgeführt sein, die heimliche Prostitution ist in Lissabon angeblich sehr weit verbreitet, wie freilich anderwärts auch. Die Strafe für Männer, welche eine Prostituierte infizieren, wird recht hypothetisch sein. Eigenartig ist, dass auch die Dienstmädchen in öffentlichen Häusern wie in Einzelwohnungen der Prostituierten regelmässig untersucht werden, nicht aber Personen über 45 Jahre und im Ehestand lebende.

Unzulänglich ist, wie auch die Aerzte in Lissabon selbst zugeben, dass die Untersuchungen nur einmal in der Woche stattfinden, auch in den Wohnungen der Prostituierten auf deren Kosten zulässig sind, und dass das Mikroskop anscheinend nicht genügend angewandt wird.

Auch die Zersplitterung der Untersuchungen auf zahlreiche Aerzte erscheint unerwünscht, schon weil sie die Kontrolle erschwert.



h) Diphtherie.

Diphtherie ist in ganz Portugal verbreitet, in der Stadt Lissabon mässig. 1902 starben hier 37, 1903 — 52, 1904 — 32 Personen daran.

Die Bekämpfung besteht in Anzeigepflicht, bakteriologischer Untersuchung, Isolierung, Desinfektion, Serumbehandlung prophylaktisch und kurativ. Das Staatslaboratorium (Camara Pestana) untersucht bakteriologisch. Gewisse Apotheken in Lissabon haben sowohl Depots von Serum, welches auch aus dem Auslande unter bestimmten Kauteln bezogen wird, als auch von allem, was zur Entnahme der Probeobjekte nötig ist, auch einen Fragebogen, den der betr. Arzt ausgefüllt mit der Requisition an das bakteriologische Institut zu senden hat. Der Arzt wie der Kreisarzt erhalten von diesem nach 24 Stunden Nachricht über das bakteriologische Resultat. Wenn ein Arzt die Probeentnahme nicht selbst machen will, hat er sich an den Kreisarzt zu wenden. Die Armen und Bedürftigen erhalten das Serum unentgeltlich.

In Lissabon werden die Diphtherischen im bakteriologischen Institut (Camara Pestana) behandelt, nämlich:

1895	160	1900	400
1896	249	1901	312
1897	295	1902	293
1898	403	1903	252
1899	348		

Sollte allmählich eine Abnahme stattfinden?

In ganz Portugal (5 Mill. Einwohner) starben 1902 467, 1903: 457, 1904: 418 Personen an Diphtherie.

i) Influenza.

Influenza hat grosse Verbreitung in Lissabon wie überhaupt in Portugal. 1902 starben daran in Lissabon 118, 1903: 81, 1904: 125 (in Portugal 1259 — 1009 — 1323).

Ob auch in Portugal „Influenza“ so leicht angenommen wird wie oft bei uns?

k) Keuchhusten.

In Lissabon starben 1902: 93, 1903: 21, 1904: 13 Personen an Keuchhusten (in Portugal 935 — 880 — 738). Die Krankheit ist anzeigepflichtig (anscheinend aber nur fakultativ).



l) Lungenentzündung.

An Lungenentzündung starben in Portugal 1902: 4045, 1903: 4477, 1904: 4155 Personen. Das ist auffallend viel; auf die Stadt Lissabon entfallen davon 279 — 287 — 269.

m) Bronchialkatarrh.

An akuten Bronchialkatarrhen starben in Lissabon 1902: 472, 1903: 531, 1904: 402, und an chronischen Bronchialkatarrhen 1902: 55, 1903: 62, 1904: 67 (in ganz Portugal 3491 an Bronchialkatarrh 1904).

Die Erkrankungen der Atmungsorgane sind also in Portugal sehr verbreitet. Als ein günstiges Klima für Lungenleidende wird man Portugal, zumal die Küste also nicht ansehen können, besonders auch nicht Lissabon. Der viele, oft nördliche Wind, und der Staub werden hier eine Rolle spielen.

Kapitel III.

Tuberkulose.

Die Tuberkulose ist in Portugal recht verbreitet. An Lungentuberkulose starben angeblich 1902: 5121, 1903: 5149, 1904: 5428 Personen und in Lissabon, das bei Weitem am meisten ergriffen erscheint 1188 bzw. 1118 und 1206. Silva Carvalho rechnet jedoch durchschnittlich 1400.

Während in Preussen 1902 auf 10000 Lebende 19,04, 1903: 19,70, 1904: 19,21 entfielen, sind diese Zahlen in Portugal zunächst nur 10—10,4, in Lissabon dagegen 32,0!

Eine Zählung der Tuberkulösen am 1. Januar 1903 hat für Portugal — Kontinent — die Zahl 3040 und insgesamt für das europäische Königreich (einschliesslich also der Ilhas adjacentes) 3379 ergeben. Diese Zahl ist aber ganz offenbar zu niedrig. Die General-Inspektion schätzt die wahre Zahl auf etwa 10000. Auch das erscheint noch wenig; dann würde ja jährlich die Hälfte aller Tuberkulösen sterben!

Sousa Martins schätzt allein die wirkliche Zahl der Todesfälle an Tuberkulose in Portugal auf 20000 jährlich!

Vielleicht ist so mancher der zahlreichen oben (Kap. II) unter „Lungenentzündung“ und „Bronchialkatarrh“ aufgeführten Todesfälle in



Wahrheit auf Tuberkulose zurückzuführen, eine Annahme, welche freilich für Portugal nicht allein unter den Ländern dastehen würde.

Uebrigens ist die Tuberkulosesterblichkeit auch auf den „Ilhas adjacentes“, d. h. auf den portugiesischerseits noch zum europäischen Portugal gerechneten Inseln, die wir zu Afrika zu zählen gewohnt sind, keineswegs überall so ganz gering. Diese haben eine Bevölkerung von rd. 400000 Einwohnern, und davon starben an Lungentuberkulose 1902: 386, 1903: 349, 1904: 338, d. h. also von 10000 Lebenden rd. 9. Das Nähere ist:

a) Bezirk Angra do Heroismo Bevölkerung rd. 73500,
Tuberkulosetodesfälle 1902: 39, 1903: 61, 1904: 41.

b) Bezirk Horta Bevölkerung 54000,
Tuberkulosetodesfälle 1902: 34, 1903: 31, 1904: 33.

c) Bezirk Ponta Delgada Bevölkerung 128500,
Tuberkulosetodesfälle 1902: 65, 1903: 78, 1904: 81.

d) Bezirk Funchal (Madeira) Bevölkerung 155000,
Tuberkulosetodesfälle 1902: 248, 1903: 179, 1904: 183.

Auf Madeira starben also fast 14 von je 10000 Bewohnern an Lungentuberkulose.

Auch wenn man an die schwindsüchtigen Fremden denkt, ist diese Zahl nicht unbeträchtlich, was ja für die Projekte der Sanatorienbauten auf diesen Inseln nicht ohne Bedeutung ist. Freilich ist da auch die spezielle Lage der Sanatorien in betracht zu ziehen.

Die Erhebungen wurden in Portugal sehr genau angestellt und eingehend verwertet. Die meisten Tuberkulosefälle wurden im Alter von 20—25 Jahren festgestellt und zwar in Lissabon wie überhaupt in Portugal. Am meisten ergriffen waren Hausmädchen, Arbeiter, Feldarbeiter, Handelsbeamte, Diener, „Eigentümer“, Beschäftigungslose, darunter besonders Kinder und Halbwüchsige — also eine bunte Gesellschaft. Bei 5768 Untersuchten wurde als Ursache der Tuberkulose angegeben:

Ansteckung . .	1310	mal	Erblichkeit . .	531	mal
Ernährungsart .	909	„	Skrophulose (!) .	516	„
Wohnung . . .	817	„	Alkoholismus .	362	„
Beschäftigung .	636	„	Syphilis . . .	125	„
Pocken (!) . . .	562	„			

Mit dieser Statistik ist zunächst leider nicht viel anzufangen.

Was die Dauer aller ermittelten 3379 Tuberkulosefälle aus Portugal anbelangt, so währte die Krankheit unter 1 Monat in 40 Fällen,



11—12 Monate in 304 Fällen, 2—3 Jahre in 135 Fällen, 5—6 Jahre in 102 Fällen, 10—11 Jahre in 47 Fällen, über 12 Jahre in 76 Fällen; indes sind hier nicht nur Lungenerkrankungen, sondern auch Tuberkuloseerkrankungen anderer Organe gezählt.

Offene Lungentuberkulose wurde 1484 mal, geschlossene 443 mal angegeben, der Rest war unbekannt.

Spezielle Bekämpfung.

Es besteht in Portugal schon gemäss einem Dekret mit Gesetzeskraft vom 12. April 1894 Anzeigepflicht für jeden Erkrankungs- und Todesfall an Tuberkulose, Unzweifelhaft erscheint aber, dass bei Weitem nicht jeder Tuberkulosefall, auch nicht jeder Lungen- und Kehlkopffall, tatsächlich angezeigt wird. Artikel 60 des Reglements vom 24. Dezember 1901 schreibt neuerdings vor, dass ein jeder Tuberkuloseerkrankungs- und -todesfall dem Kreisarzte angezeigt werden müsse. Hierzu ist dann noch ein spezielles Reglement zur Vorbeugung der Tuberkulose vom 30. August 1902 hinzugetreten, welches die Art der Bekämpfung regelt und zusammenfasst.

Das Reglement vom 30. August 1902 lautet übersetzt:

„Artikel 1. Jeder Arzt ist verpflichtet, bei Strafe der Zuwiderhandlung, gemäss dem Artikel 60 des Allgemeinen Gesundheitsreglements vom 24. Dezember 1901 der für den Ereignisort zuständigen Sanitätsbehörde jeden Erkrankungs- oder Todesfall an Tuberkulose, den er in seiner Praxis beobachtet, wo immer auch die Krankheit ihren Sitz habe, in den Lungen oder in anderen Organen, anzuzeigen.

§ 1. Diese Anzeige ist in Lissabon der Gesundheitsdelegation, in Oporto dem Direktor des Infektionskrankheitendienstes und im übrigen Lande dem Kreisarzt zu erstatten.

§ 2. Für die in Krankenhäusern, Polikliniken der Hospitäler, Dispensaires, Sanatorien, Gesundheitshäusern oder ähnlichen Instituten beobachteten Fälle hat der Direktor der Anstalt die Anzeige zu erstatten.

§ 3. Der Arzt hat in der Anzeige anzugeben, ob sich die Krankheit im sogenannten offenen Stadium befindet oder nicht, d. h. ob eine Absonderung von zur Weiterverbreitung der Krankheit geeigneten Stoffen stattfindet oder nicht.

Artikel 2. Der Arzt muss in den Fällen der offenen Tuberkulose und immer bei Lungentuberkulose der Sanitätsbehörde Anzeige machen unter Angabe der prophylaktischen Massnahmen, welche er für nützlich hält, und ob das Einschreiten der beamteten Aerzte für deren Durchführung nötig ist.

Einziger §. Der Kranke und seine Familie, welche mit ihm zusammenlebt, sind verpflichtet, die Vorbeugungsmassnahmen, die ihnen angeraten werden, zu befolgen.



Im Falle, dass der Kranke und seine Familie, welche mit ihm zusammenlebt, diese Massnahmen nicht durchführen, hat die Sanitätsbehörde die nötigen Massregeln zu ergreifen.

Artikel 3. In Ausführung der Bestimmungen von No. 6 des Artikel 74 des Allgemeinen Gesundheitsreglements ist die Desinfektion der Wohnungen und der infizierten Gegenstände nötig in den Fällen der „offenen" Tuberlose und in allen Fällen von Lungentuberkolose, sowie der Kranke seine Wohnung wechselt oder stirbt.

§ 1. Die Requisition zu dieser Desinfektion muss bei den Sanitätsbeamten für die Desinfektionen (Kreisarzt in den Kreisen, Direktor des Desinfektionsbureaus in Lissabon, Direktor des Infektionskrankheitendienstes in Oporto) erfolgen.

§ 2. Ausgenommen von dieser Requisition sind die Krankenhäuser und Sanatorien, wo sich ein offizieller Desinfektionsdienst befindet, sofern die Direktion die Verantwortung übernimmt.

Artikel 4. Der behandelnde Arzt ist, bei Strafe der Zuwiderhandlung, zur Requisition der Desinfektion verpflichtet im Todesfalle gemäss Artikel 3.

Artikel 5. Das Familienhaupt, welches mit dem Kranken zusammenwohnt, oder sein Stellvertreter oder in dessen Fehlen der Krankenwärter ist verpflichtet, bei Strafe der Zuwiderhandlung, im Falle des Artikels 3 die Desinfektion beim Wohnungswechsel zu requirieren.

§ 1. Erfüllt die verpflichtete Person diese Pflicht nicht, so hat der behandelnde Arzt sie, bei Strafe der Zuwiderhandlung, zu übernehmen.

§ 2. Die Delegados de Saude, die Subdelegados ebenso wie die Polizei- und Verwaltungsbehörden werden im Bedarfsfalle nach den Bestimmungen des Gesundheitsreglements vom 24. Dezemker 1901 einschreiten.

§ 3. Die Bezahlung und Kostenlosigkeit des Desinfektionsdienstes werden geregelt durch die Bestimmungen der Artikel 147 und 148 des angeführten Reglements.

Artikel 6. Jede Person, welche zur Desinfektion bestimmte Gegenstände verbirgt, an sich nimmt, verkauft oder kauft, wird den Strafen des Strafgesetzbuchs im Artikel 251 unterworfen.

Artikel 7. Sobald eine als tuberkulös erklärte oder mit Grund angenommene Person stirbt oder ihr Zimmer wechselt oder aufhört, Pensionär zu sein in einem Hotel, Herberge oder Pension, muss der Eigentümer, bei Strafe der Zuwiderhandlung, den öffentlichen Desinfektionsdienst nach den Bestimmungen des § 1 des Artikels 3 verlangen.

§ 1. Die Zimmer, welche von dem tuberkulösen Gast bewohnt waren, dürfen vor beendeter Desinfektion nicht von einer anderen Person eingenommen werden.

§ 2. Der Besitzer von Hotel, Herberge oder Pension ist verantwortlich für die Absonderung und Desinfektion der Gebrauchsgegenstände des Kranken sowie für die Erfüllung der Bestimmungen über die Desinfektion des Auswurfes und der Abgänge, für die Reinigung der Utensilien, Fussböden und Wände wie für die anderen hygienischen Massnahmen.



§ 3. Die Kosten der Desinfektion werden bezahlt vom Eigentümer des Hotels, mit dem Recht, von dem Kranken oder seiner Familie den Kostenbetrag für die Stücke des Etablissements, welche er der Desinfektion unterworfen hat, zurückzuerhalten.

Im Falle des Todss oder wenn keine Mittel zur Erstattung der Kosten vorhanden sind, ist die Desinfektion unentgeltlich.

§ 4. Die Hotelbesitzer müssen zur Bedienung des als tuberkulös Erklärten besondere Wäsche und Geräte haben.

Artikel 8. Die Bestimmungen des voraufgehenden Artikels werden geeigneten Falles ausgedehnt auf die Leiter von Schulen und Asylen sowie auf Klöster und analoge Institute.

Artikel 9. Sowie in Erfahrung gebracht wird, dass in Anstalten zur Herstellung und zum Verkauf von Nahrungsmitteln, wie in Fabriken, Werkstätten, Bureaus, Krankenhäusern, Krippen und Schulen lungentuberkulöse Personen angestellt werden, muss die Sanitätsbehörde es verbieten und verhindern, dass diese Anstellung fortdauere.

Artikel 10. Die Gouverneure sind berechtigt, auf Vorschlag oder Rat des Regierungs- und Medizinalrats und mit höherer Billigung Anordnungen unter Strafbestimmung zu erlassen, bestimmt, die Unsitte des Auswerfens, ausser in geeignete Spucknäpfe, an gewissen Oertlichkeiten zu unterdrücken, ebenso andere örtliche Massnahmen zur Unterdrückung der Ausbreitung der Tuberkulose zu veröffentlichen.

Artikel 11. In Uebereinstimmung mit den Bestimmungen der Artikel 199 und 220 des Gesundheitsamtes ist Aerzten und Kranken die Analyse des Auswurfs im Königlichen Institut für Bakteriologie „Camera Pestana“ und im bakteriologischen Laboratorium zu Oporto freigestellt.

Artikel 12. Der Generalinspektor des Gesundheitsdienstes wird eine Zählung der Tuberkulösen im kontinentalen Königreich und in den anliegenden Inseln zum 1. Januar 1903 veranstalten.

Einziger §. Die betreffenden Zählkarten werden von den Aerzten und den Direktoren der Krankenhäuser, Sanatorien, Dispensaires und Gesundheitshäusern auszufüllen sein.

Artikel 13. Alle Projekte für Bau, Einrichtung und Reglementierung von Anstalten, welche der Behandlung von Tuberkulösen dienen sollen, desgl. für Krankenhäuser, Spezialhäuser, Sanatorien, Dispensaires und ähnliche Institute müssen der Genehmigung des Gouverneurs unterworfen werden.

Artikel 14. Uebertretungen der Bestimmungen dieses Reglements werden, soweit nicht eine besondere Genehmigung erteilt ist, als Zuwiderhandlungen bestraft werden.“

Konform mit dem Artikel 10 des vorstehenden Dekretes hatte der Gouverneur von Lissabon bereits unterm 14. März 1902, nach Anhörung des Gesundheitsrates und mit Genehmigung der Regierung, folgende Verordnung über das Auswerfen erlassen, die in Uebersetzung lautet:

„Artikel 1. In Kirchen, Schulen, Schuleinrichtungen, Asylen, Klöstern, Fabriken, Hotels, Cafés, Schauspielhäusern, Krankenhäusern, Bureaus für die Verteilung von Medikamenten und im allgemeinen in jedem offenen oder geschlossenen Komplex der Stadt Lissabon, wo das Publikum Zutritt hat, müssen die Beamten dieser Anstalt, Verwalter, Unternehmer, Geschäftsführer, Eigentümer entsprechend den Angaben der Beamten und Aufseher des Gesundheitsdienstes geeignete Spucknäpfe mit Desinfektionsmitteln in einer den Oertlichkeiten und der Zahl des besuchenden Publikums angemessenen Zahl und Lage aufstellen lassen.

§ 1. Zuwiderhandlungen gegen diese Vorschrift bedingen eine Strafe von 23 Mark, auch kann die Polizeibehörde, wenn sie es für nützlich erachtet, selbst den Zutritt des Publikums untersagen.

§ 2. Es ist verboten, die Spucknäpfe ausser in die bestimmten Gruben zu entleeren.

Artikel 2. In der Stadt Lissabon ist es überall in den vorgenannten Betrieben, wo es Spucknäpfe gibt, untersagt, auf die Erde zu spucken.

Einziger §. Auch ist es in Lissabon verboten, in die Wagen für den öffentlichen Passagierverkehr zu spucken.

Artikel 3. Mit 2 Mark und im Wiederholungsfalle mit 4 Mark Strafe wird belegt, wer dabei abgefasst wird, dass er dem Artikel 2 und dem § 2 des Artikels 1 zuwiderhandelt.

Artikel 4. Die eingegangenen Strafgelder werden gemäss dem Artikel 315 § 1[1]) des Gesundheitsreglements vom 24. Dezember 1901 verwandt.

Artikel 5. Diese Bestimmungen werden im Amtsblatt veröffentlicht und treten am 14. April 1902 in Kraft.“

Entsprechend diesen Bestimmungen fiel in der Tat in Lissabon die grosse Zahl der überall aufgestellten praktischen Spucknäpfe und im allgemeinen eine grosse Reinheit der Bürgersteige auf, doch fehlte der Auswurf hier keineswegs ganz, auch sind mir besondere Desinfektionsmittel in den Spucknäpfen nicht überall aufgefallen.

Eine analoge Verordnung besteht auch bereits seit 1897 in Guarda im nordöstlichen Portugal, das als Lungenluftkurort gilt und neuerdings die einzige Lungenheilstätte des Landes erhalten hat. In den Eisenbahn- und Strassenbahnwagen in Portugal ist laut Aushang das Ausspucken bei Strafe von 2 Mk. verboten.

Die Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen im bakteriologischen Institut „Camara Pestana“ zu Lissabon kostet nach unserem Gelde 11,25 Mk., für Arme und Bedürftige ist sie frei. Als „bedürftig“ gelten diejenigen, die ein Einkommen unter 3,50 Mk. den Tag haben, als „arm“ diejenigen, welche von der öffentlichen Wohltätigkeit leben.

1) Das heisst im Interesse des öffentlichen Wohles.



Neben diesen Verwaltungsmassnahmen sind die Werke einer portugiesischen Gesellschaft gegen die Tuberkulose zu nennen, welche in Lissabon ihren Sitz hat und zum grossen Teil die oben erwähnten Massregeln in die Wege geleitet hat. Es ist die „Assistencia nacional aos Tuberculosos" („Nationale Hilfe für die Tuberkulösen").

Sie wurde 1897 aus der Mitte der „Gesellschaft der medizinischen Wissenschaften" veranlasst und 1898 gegründet. Als Gründer und Teilnehmer gehören ihr der König Don Carlos und die Königin Donna Amelia an, welche 45000 bzw. 22500 Mk. stifteten; die Königin, welche ganz Wesentliches in allen Zweigen der Hygiene leistet, erscheint als die tatkräftige Seele der Gesellschaft, deren Präsidentin sie ist. Obwohl die Zeichnungen gegen 80000 Milreis = 360000 Mk. erreichten und durch ansehnliche Stiftungen wesentlich erhöht wurden, reichten die Summen nicht, und es wurden interessante Wege zur Fundierung der Gesellschaft eingeschlagen. Durch die Gesetze vom 17. August 1899 und vom 5. Juni 1903 wurde nämlich bestimmt, es solle ein besonderer öffentlicher Wohltätigkeitsfonds für die Bekämpfung der Tuberkulose geschaffen werden. Dieser soll bestehen:

1. aus einem jährlichen Staatszuschuss von 80000 Mk.,
2. aus jährlichen Beiträgen der Gemeinden (die wiederum auf bestimmte Weise aufzubringen sind entsprechend der Zahl der Einwohnerschaft),
3. aus dem 10. Teil der Einkünfte, welche die Wohltätigkeitsanstalten abzuführen haben,
4. aus 1 pCt. der Beiträge der Mitglieder von Gesellschaften und Vereinen für öffentliche Lustbarkeiten, Spiele u. dgl.,
5. aus den Strafgeldern wegen Uebertretung der bezüglichen Sanitäts- und Wohlfahrtsgesetze.

Weiter ist bestimmt:

Die Briefe und Drucksachen der Gesellschaft geniessen Portofreiheit, die Instrumente und Materialien Zollfreiheit.

Die Regierung tritt der Gesellschaft für ihre Einrichtungen geeignete Grundstücke und den kostenlosen Holzschlag aus den Staatswäldern ab.

Dafür müssen die Projekte zu den Bauten etc. der Gesellschaft der Regierung zur Genehmigung vorgelegt werden.



Da gleiche Rechte auch anderen Gesellschaften, welche der Tuberkulosbebekämpfung dienen, gewährt werden können, wenn sie sich verpflichten, arme Tuberkulöse gratis zu verpflegen, so hat hiervon auch die Deutsche Gesellschaft in Madeira profitiert.

Die Zwecke der „Assistencia aos Tuberculosos" sind nach den Statuten:

„1. Besondere Hospize, Asyle und Krankenhäuser einzurichten für Brustkranke zur Linderung ihrer Leiden und zur Verhinderung der Ansteckung;
2. Sanatorien zur Behandlung heilbarer Lungenkranker zu errichten;
3. Seehospize für skrophulöse und zur Skrophulose prädisponierte oder neigende Kinder zu schaffen;
4. örtliche Einrichtungen für die Beobachtung, das Studium und die Behandlung der Tuberkulose und für Hilfe für Tuberkulöse und ihre Angehörigen ins Leben zu rufen;
5. alle Mittel gegen die Ausbreitung und zur Verminderung der Wirkungen der Tuberkulose und zur Führung eines hygienischen Lebens zwecks Aufhaltens der Krankheit oder Linderung der Leiden oder Heilung zu zentralisieren und zu befestigen."

Die Gesellschaft hat sich einen Verwaltungsrat und ein Exekutivkomitee sowie Kommissionen der „Propaganda, der Beratung, der Prophylaxe" usw. der Tuberkulose und Filialen in anderen Städten Portugals geschaffen. Als besondere Unterkommissionen sind zu nennen:

die der Eifrigen,
die der Wohltätigkeitsfeste Veranstaltenden,
die der Kollektanten,
die für Studien und Statistik,
die für Prophylaxe,
die für Ausbreitung (Propaganda),
die für Technik.

1904 betrug das Vermögen der Gesellschaft bereits zwei Millionen Mark.

Die Gesellschaft hat 1901 den ersten nationalen Tuberkulosekongress in Lissabon, 1903 in Vianna do Castello und 1904 in Coimbra abgehalten, der nächste soll 1907 in Oporto sein.

Sie hat weiter zahlreiche Publikationen veranlasst und Massnahmen gegen die Tuberkulose in Portugal in die Wege geleitet, und die Gesellschaft bzw. die Königin Donna Amelia ist es gewesen, welche die Isolierung der Tuberkulösen in den Krankenhäusern Lissabons und demnächst die Bestimmung des Hospitals von Arroyos ausschliesslich für Tuberkulöse erreicht hat.

Auch eine Untersuchung des Einflusses der Wohnungen auf die Entstehung der Tuberkulose hat die Gesellschaft veranlasst.

Die „Assistencia aos Tuberculosos" besitzt bereits:

1. das Zentralinstitut der Gesellschaft mit Dispensaire in Lissabon (an Stelle von 2 alten),
2. das Seehospiz Outão für skrophulöse Mädchen bei Setubal,
3. das Seehospiz für skrophulöse Knaben in Carcavellos bei Lissabon,

die Dispensaires

4. zu Oporto,
5. zu Bragança,
6. zu Vianna do Castello,
7. das Hospital für tuberkulöse Männer in Portalegre,
8. ein neues „Ruhehospital" für 300 Tuberkulöse in Lissabon (unvollendet),
9. die Lungenheilstätte Sousa Martins in Guarda, bestehend aus 3 Pavillons mit je 30 Krankenbetten.

Ausserdem sind 2 kleine Sanatorien und ein weiteres Seehospiz für skrophulöse Kinder geplant.

Und endlich gehört der Gesellschaft etwa ein Dutzend von Filialen und kleinen Dispensaires in den Provinzen.

Es ist also ein stattliches Werk, das hier in etwa 7 Jahren geschaffen ist.

Von den genannten Etablissements habe ich das Zentralinstitut „Instituto Central Rainha Donna Amelia" mit dem Dispensaire in Lissabon und die Seehospize von Outão und von Carcavellos besichtigt.

1. Das Zentralinstitut der Tuberkulosegesellschaft.

Das Zentralinstitut mit dem Dispensaire ist ein ganz neuer Bau am Hafen, das Zentralhaus der „Assistencia aos Tuberculosos", und war zur Eröffnung des Kongresses gerade fertiggestellt. An den Seiten unterhalb des Daches stehen die Namen „Koch, Brehmer, Laënnec, Villemin".



Es ist ein Steinbau, bestehend aus Erdgeschoss und 1 Stock, im ganzen an antike Formen erinnernd. Vorn und hinten sind Eingang und je zwei Fenster, seitwärts je 9 Fenster, vorn ist der Eingang für die Aerzte, Besucher, Mitglieder, hinten für die das Dispensaire aufsuchenden Kranken.

Alles ist aufs Reichlichste und Gediegendste, ja schon luxuriös eingerichtet; ich habe solche Ausstattung in Dispensaires noch nicht gesehen, nicht einmal in dem Dispensaire Albert-Elisabeth in Brüssel; und der Luxus ist vielleicht erklärlich, wenn man annimmt, dass hier eben das Zentralhaus der ganzen Gesellschaft sein soll.

Im Erdgeschoss befinden sich, rechts und links an einem Mittelkorridor angeordnet, von hinten, dem Zutritt des Publikums, gerechnet: Pförtnerstube, Bureau mit Wage, Apotheke und Verbandkammer, 2 Wartezimmer, Untersuchungszimmer, Operationszimmer, Röntgenzimmer, chemisches und bakteriologisches Laboratorium, Aerztezimmer; im 1. Stock das Sekretariat, Zimmer für Sitzungen und Beratungen und ein grosser Saal nach vorn für Vorträge vor grösserem Publikum. Dieser Saal hat ein sehr grosses Mittelfenster nach vorn zum öffentlichen Platze hinaus, wo von Zeit zu Zeit dem Publikum Projektionsbilder betreffend die Tuberkulose, ihre Ursache und ihre Bekämpfung (Wirkungen des Alkoholismus, Darstellung kranker Organe, Bakterien u. dgl. m.) gezeigt werden, eine Einrichtung, von welcher sich die Herren sehr viel versprechen.

Auch ein groteskes, nahezu 3 m hohes Belehrungsplakat der Gesellschaft mit Abbildungen soll den Zielen der Tuberkulosebekämpfung dienen.

Am Eingange zum Dispensaire befinden sich metallene Fusskratzer in Eisenkästen, aus denen der abgekratzte Schuhsohlenschmutz täglich verbrannt wird.

In der Nähe ist ein Almosenkästchen, dessen Metallgeld ebenfalls desinfiziert wird.

Die Wartesäle für die notorisch Tuberkulösen und die Nichttuberkulösen, also die Anämischen, Belasteten, Skrophulösen usw., sind völlig getrennt. Sie haben, wie alle Räume des Dispensaire, einen undurchlässigen, oft gewachsten und desinfizierten Fussboden. Dieser ist auf folgende Weise präpariert: Wiederholtes Waschen und Imprägnieren des Holzes mit einer Lösung von übermangansaurem Kalium, Verkleben der Spalten und Fugen mit einem antiseptischen Kitt und Glätten des Holzes mit Paraffin und Benzin. Die Wände

sind mit hellem, „antikorrosivem“ Anstrich (nach Hartmann-Rahtjann) versehen, überall mit anderen Mustern, die Fenster, je 5 in den 2 Sälen mit 246 cbm Inhalt, mit Eisenstangen geschützt, um die Kranken am Hinauslehnen und Hinausspucken zu verhindern.

Einige Fensterscheiben sind nach Art unserer altdeutschen Fenster in kleinere Flächen zerlegt, damit bei Sturm einige geöffnet werden können, ohne zuviel Zug zu bewirken.

In den Wartesälen, wie auch sonst, sind weiss gestrichene Eisenstühle, täglich desinfiziert, und auf 3 Tischen Sprayapparate, welche fortwährend Formol, Kreosot etc. in Dampf auswerfen.

Spucknäpfe sind überall, Plakate weisen auf ihre Benutung hin.

Ein Polizist und 2 Diensthabende halten auf Ordnung.

Der Konsultations- und Behandlungssaal hat 90 cbm Inhalt und 2 grosse Fenster, in 3 Nischen hinter desinfizierbaren Wandschirmen mit Kleiderhaltern entkleiden sich die Kranken bis zur Taille. Ein ähnlicher Saal ist für die Nichttuberkulösen bestimmt.

Die übrigen Räume dienen im Erdgeschoss für den Chefarzt, die Aerzte, besondere für Auskultation und Kehlkopfspiegeln, Laboratorium und dergl. mehr.

Fussboden, Wände, Decke, Möbel und Utensilien aller Säle werden täglich mit Lösungen von Sublimat und Karbolsäure gewaschen und wöchentlich mit Formalindämpfen desinfiziert, der Fussboden mit Paraffin bearbeitet.

Der Verkehr im Dispensaire spielt sich in bekannter Weise ab.

Der Kranke betritt durch das Vestibule rechts das Bureau, wo er eingeschrieben wird, in ein Bulletin seine Erklärungen nach Formular eingetragen werden und er eine Metallmarke mit Nummer erhält; nun geht er in den Wartesaal, während ein Zettel mit gleicher Nummer zum Arzt gelangt. Aufgerufen, tritt der Kranke in das Untersuchungszimmer, wo er in einer der Nischen untersucht wird. Der Arzt füllt den Zettel weiter aus und stellt mit dem Direktor den Plan des Vorgehens fest.

Für die bakteriologische Untersuchung steht die Camara Pestana zur Verfügung.

Ist der Kranke nicht tuberkulös, auch nicht zur Tuberkulose veranlagt oder ihrer verdächtig, so wird er evtl. anderswohin zur Aufnahme empfohlen, kann aber auch vom Dispensaire aus poliklinisch behandelt werden. Ist er tuberkulös, so übernimmt das Dispensaire die Fürsoge, wenn diese für geeignet erachtet wird; er erhält gedruckte



hygienische Ratschläge, Taschen- und andere Spucknäpfe, Nahrung, Desinfektionsmittel; Wohnung und Kleider werden desinfiziert, 3 Deziliter sterilisierte Milch, Eier, Mittagessen usw. ihm täglich verabfolgt, ein Bett geliehen, die Wohnung instandgesetzt. Auch wird er der Santa Casa da Misericordia empfohlen, die Mittel für solche Zwecke hergibt.

Ist er schwer krank, so wird er dem Hospital Donna Amelia überwiesen.

Ist er heilbar, so kann er ins Sanatorium geschickt werden, oder er verbleibt, und das ist etwas besonderes, in der Behandlung des Dispensaire.

Er erscheint dann 3 mal die Woche und wird mit Injektionen von Guajakol, Kampferöl usw. oder innerlich mit Jod, Terpentin usw. behandelt; an Lebertran gibt das Dispensaire bis 500 Kilogramm im Monat aus.

Hier ist das Dispensaire also eine Poliklinik mit Gratisausgabe von Medikamenten, und zwar nicht nur für Tuberkulöse — eine Einrichtung, wie sie bekanntlich in Deutschland nicht beliebt wird.

Dies neue Dispensaire ist an Stelle von 2 alten, in bereits bestehenden Häusern in Lissabon eingerichteten getreten.

Dem „Relatorio do conselho central" der „Assistencia nacional aos Tuberculosos" entnahm ich noch folgendes:

Seit der Einrichtung 1901 bis Ende 1904 waren in das erste Dispensaire 16185 Kranke gekommen (3754 Männer, 5621 Frauen, 6810 Kinder unter 15 Jahren), nicht nur aus Lissabon. Diese Kranken sind zu Untersuchungen und Behandlungen 189231 Male erschienen. Von diesen Kranken waren 44 pCt. offenkundige Tuberkulöse, 11 pCt. verdächtig oder prädisponiert, 16 pCt. skrophulös, 29 pCt. anderweit krank.

Von 7121 Lungentuberkulösen waren 40 pCt ersten Grades (nach Turban), 30 pCt. zweiten Grades, 22 pCt. dritten Grades der Lungentuberkulose (die übrigen hatten Tuberkulose anderer Organe).

In das zweite Dispensaire gelangten in gleicher Zeit 6220 Eingeschriebene (1077 Männer, 2064 Frauen, 3079 Kinder); hier wurden 43081 Konsultationen verabfolgt.

Beide Dispensaires berieten in 3 Jahren 23237 Personen, von denen 22405 eingeschrieben wurden; 43894 Mahlzeiten, 1603 Spucknäpfchen und 3106 Desinfektionen wurden verabfolgt und in 2 Jahren wurden 4887 Sputa untersucht, davon 1821 positiv, 3066 negativ befunden — eine unbedingt sehr respektable Leistung.



Sodann hat die „Assistencia“ Erhebungen über das Wohnen der Tuberkulösen angestellt und ermittelt:

Es wohnen in Lissabon	Zahl der Kranken	Zahl der mit ihnen zusammen wohnenden Gesunden:		
		Erwachsene	Kinder	Zusammen
In 1 Zimmer:				
Skrophulöse	132	146	129	275
Geschlossene Tuberkulose .	88	80	54	134
Offene Tuberkulose . . .	80	69	60	129
In 2 Zimmern:				
Skrophulöse	122	129	138	267
Geschlossene Tuberkulose .	55	86	81	167
Offene Tuberkulose . . .	54	89	96	185
In 3 Zimmern:				
Skrophulöse	187	256	220	476
Geschlossene Tuberkulose .	114	221	150	371
Offene Tuberkulose . . .	89	178	122	300
In 4 Zimmern:				
Skrophulöse	108	193	184	377
Geschlossene Tuberkulose .	108	233	191	424
Offene Tuberkulose . . .	109	239	194	433
In 5 Zimmern:				
Skrophulöse	66	171	112	283
Geschlossene Tuberkulose .	57	137	111	248
Offene Tuberkulose . . .	54	154	95	249
In 6 Zimmern:				
Skrophulöse	86	164	122	286
Geschlossene Tuberkulose .	55	175	90	265
Offene Tuberkulose . . .	32	128	75	203
In mehr als 6 Zimmern:				
Skrophulöse	61	181	112	293
Geschlossene Tuberkulose .	55	259	212	471
Offene Tuberkulose . . .	50	136	44	180

Es wohnen also in Lissabon 762 Skrophulöse mit 2257 Personen (1 Kranker auf etwa 3 Gesunde) und 1021 Tuberkulöse mit 3761 Gesunden (1 Kranker auf 3,6 Gesunde) zusammen.

Auffallend gross war die Zahl der von Tuberkulose ergriffenen Hausdiener und Mägde (13,4 pCt.) uud Modistinnen (9,5 pCt.).

Man glaubt aus der Zahl des Aufenthaltes der Erkrankten in der Stadt Lissabon schliessen zu dürfen, dass sich 66 pCt. derselben in dieser Stadt infizierten.

Noch sei folgende Tabelle über die angenommene Entstehung bzw. Uebertragung der Tuberkulose aus der Familie hergesetzt:



Vorfahren	Verhältnis auf 1 : 1000 Kranke			
	tuberkulös	skrophulös	chlorotisch	anders krank
Vater u. Mutter tuberkulös	18,9	8,4	13,5	1,7
Vater „	63,6	83,0	46,2	23,8
Mutter „	75,8	50,4	50,2	25,5
Grosseltern „	29,2	110,4	15,4	9,7
Geschwister „	86,0	51,5	57,8	46,7
Gatten „	29,2	—	27,0	18,5
Onkel und Tanten „	37,8	35,7	49,9	14,1
Kinder „	16,2	—	19,2	13,2
Eltern Alkoholiker . . .	35,2	27,4	15,4	5,2
„ syphilitisch . . .	21,0	14,7	17,3	4,4
Intimes Zusammenleben mit Tuberkulösen . .	39,9	9,4	23,1	6,9

Es würde diese Tabelle wieder einmal die Ansteckungskraft der Tuberkulose zeigen, während Syphilis nicht so sehr prädisponierend für Tuberkulose auftritt.

2. Seehospiz in Outão.

Es erschien mir wichtig, die Seehospize Portugals zu studieren, und so habe ich zunächst Outão aufgesucht. Man erreicht es mit dem Dampfboot, Eisenbahn und Wagen in 2 Stunden von Lissabon aus.

Outão ist ein altes Kastell an der portugiesischen Riviera, auf einem ins Meer ragenden Felsenvorsprung, 7 km entfernt vom Orangen tragenden Setubal im Süden von Lissabon, völlig allein gelegen, an 3 Seiten vom Meere umspült, vor Nordwinden durch den Höhenzug im Rücken geschützt, der Sonne Portugals von morgens bis abends ausgesetzt. Das Herrscherpaar schenkte das Fort der „Assistencia aos Tuberkulosos“ und die Königin Donna Amelia übernahm die besondere finanzielle und sonstige Fürsorge als Protectrice. 1900 wurden zunächst 38 skrophulöse Mädchen hier untergebracht, bald aber ein Neubau errichtet, der zur Besichtigungszeit noch nicht völlig fertig gestellt worden war. Sobald er, was mittlerweile geschehen, fertig ist, wird er, in der Mitte 3stöckig, in den beiden Seitenflügeln 2stöckig, die Schlaf- und Krankenräume in den oberen Stockwerken enthalten, während unten das Refektorium, die Erholungssäle, Uebungszimmer nebst Adnexen angebracht sind. Im alten bombensicheren Gebäude bleiben die Kapelle, die Verwaltungs-, Wirtschafts- und Nebenräume, Ställe, Wäscheräume, Waschküche, Apotheke, Konsul-



tationsräume für den Arzt, auch der Wasserturm u. dergl. m. Die Beleuchtung ist elektrisch.

Die Front des Neubaues liegt nach Süden unmittelbar am Meere und geht auf die Plattform der alten Batterie; sie ist 110 m lang.

Die 8 Schlafsäle im 2. und 3. Stock enthalten je 16 Betten bei 480 cbm Inhalt, so dass auf das Bett 30 cbm Luftinhalt kommen; die Grundfläche jedes Saales ist 100,8 qm, so dass auf jedes Bett 6,3 qm entfallen.

Zwischen je 2 Schlafsälen liegt ein Schwesternzimmer.

An den Enden der Säle sind die Zimmer für Wäsche usw., Speisezimmer; im Rücken, d. h. nach Norden, geht es in den Waschraum, der mit 8 Waschbecken ausgerüstet ist, daneben Bäder, Raum für schmutzige Wäsche und Wasserspülklosetts — alles aufs Sauberste und Praktischste eingerichtet.

Die Wände haben oben und unten runde Winkel, sind hell gefirnisst, während in den unteren Räumen Mosaik und Kacheln herrschen. Die Ausrüstung ist höchst praktisch, alles aus Metall, solide, leicht und gefällig, die Wäsche reichlich.

Für das Wasser sind 2 Zisternen da: eine für Regenwasser zum Waschen, Baden usw., eine für Trinkwasser, das allerdings in Booten aus Setubal herangefahren werden muss.

Die Abgänge gehen weitab ins Meer.

Ein Stall für die Kühe, welche die Milch liefern, ist in der Nähe.

Ein Badestrand ist unmittelbar am Fort.

Dass die Luft völlig rein ist, das ist selbstverständlich; aber auch die Temperatur ist in dieser gesegneten Gegend höchst angenehm: 13—15° C. im Winter, 23—25° C. im Sommer. Das Wetter ist vorherrschend heiter.

Das Personal besteht aus einem Arzt, der in Setubal wohnt, 1 Oberin, 13 Schwestern (Dominikanerinnen), 1 Diener, 1 Kutscher, 1 Knecht. 2 der Schwestern unterrichten die Kinder.

Das tägliche Regime ist dieses:

$6\frac{1}{2}$ Uhr: Aufstehen und Ankleiden,
$6\frac{1}{2}$—$7\frac{1}{2}$ Uhr: Baden individuell,
$7\frac{1}{2}$ Uhr: Frühstück,
8—9 Uhr: Erholung in frischer Luft,
$9\frac{1}{2}$—$11\frac{1}{2}$ Uhr: Unterricht und Uebungen in freier Luft,
$11\frac{1}{2}$—$12\frac{1}{2}$ Uhr: Mittagessen,



$12\frac{1}{2}$—2 Uhr: Erholung in freier Luft (event. im Schatten),
2—$3\frac{1}{2}$ Uhr: Handarbeiten und Spiele in freier Luft,
4 Uhr: Essen in freier Luft,
4—$6\frac{1}{2}$ Uhr: Luftkur, gymnastisches Atmen und Spaziergang,
$6\frac{1}{2}$ Uhr: Abendessen,
8 Uhr: Schlafen (möglichst bei geöffneten Fenstern).

So bewegen sich die Kinder in der Tat fortgesetzt in der reinsten frischen Luft. Nur der Arzt darf an dieser Tagesordnung ändern, und für den Gottesdienst ist ausdrücklich bestimmt, dass er weder durch Länge noch durch Häufigkeit ermüden dürfe; er findet nur an Sonn- und Feiertagen statt. Im Uebrigen sind die Kinder gehalten, kurze Gebete zu sprechen und bei den Mahlzeiten sich zu bekreuzigen.

Ueber die Resultate sagen die Berichte und ergeben die Zusammenstellungen, dass in den ersten $4\frac{1}{2}$ Jahren des Bestehens 172 Kinder aufgenommen und davon 103 entlassen sind, fast durchgängig gebessert und gestärkt, mit zugenommenem Gewicht, einige auch direkt geheilt. Die Dauer des Aufenthaltes soll nicht unter 6 Monaten sein, doch finden sich Kinder, die 1, 2, 3, ja 4 Jahre dort sind.

Bei der Besichtigung erwies sich das Ganze ungemein propre und ordentlich, die Schwestern machten einen sehr guten Eindruck und die Kinder sahen recht gut aus und machten ihre Uebungen und Reigen unter Gesängen mit offenkundiger Lebensfreudigkeit.

Man wird zugeben müssen, dass hier ein vortreffliches Seehospiz und damit ein vortreffliches und wohl durchdachtes Werk gegen die in Portugal augenscheinlich recht verbreitete Skrophulose geschaffen ist. Man wird darüber streiten können, ob es richtiger ist, einzelne Kinder so lange im Seehospiz zu halten und damit anderen den Platz zu nehmen, als durch häufigen Wechsel vielen Kindern einen kurzen Aufenthalt an der See zu gewähren. Ich persönlich bin für den portugiesischen Versuch. Jedenfalls kann man das Zielbewusste der „Assistencia aos Tuberculosos" nicht absprechen, und es muss ausdrücklich anerkannt werden, dass sie sehr skeptisch in der Annahme von „Heilungen" ist.

Uebrigens sollen die Hospize auch zur Aufnahme von Ferienkolonien herangezogen werden.



3. Seehospiz von Carcavellos.

Infolge des guten Resultates dieser Besichtigung in Outão habe ich auch das andere

Seehospiz von Carcavellos, etwa $1/2$ Stunde von Lissabon in der Richtung nach Cintra bzw. Cascaes gelegen, unter Führung einiger liebenswürdiger Ingenieure wie unter der Aegide des vortrefflichen Dr. José de Almeida, einem Kreizarzte und in der Tuberkulosebekämpfung sehr tätigen Arzte, besichtigt.

Auch dieses Hospiz liegt durch hohe Klippen gegen Norden geschützt, auf dem Boden eines alten Forts, aber in weniger schöner Lage, auf ringsum steinigem Boden, unfern dem Meere, an dem ein guter Strand ist.

Der Neubau (1902) bestand ursprünglich aus einem Pavillon mit Schlafsaal für 30 Betten und einem Isolierpavillon für 6 Betten für infektiöse Kranke nebst Nebenräumen. Neuerdings ist jedoch ein anderer Pavillon mit 2 Geschossen dazu gekommen, jeder mit einem Schlafsaal für 27 Betten, ferner mit einem kleinen Zimmer für 4 Pensionäre und einem chirurgischen Pavillon mit 8 Betten. Ausserdem finden sich Zimmer für Essen, Wäsche, Krankenwärterinnen, Bäder, Operationen, Laboratorium, Waschküche, Kochküche usw. sowie ein Kuhstall. Das Wasser wird aus einem Brunnen durch Windflügelkraft gehoben, ist aber etwas salzig, so dass eine Leitung gelegt werden soll.

Die Abgänge gehen in das Meer, das hier mit der Ausmündung des zur Zeit noch so manchen Unrat aufnehmenden Tajo zusammenfällt; das Wasser hier ist so salzig, dass noch viel weiter hinauf Salzgewinnungsanlagen liegen bis oberhalb von Lissabon.

Das Klima ist gut; die niedrigste beobachtete Temperatur war $+4^{\circ}$ C., die höchte $32{,}4^{\circ}$ C. Schnee kommt nicht vor.

Das Sanatorium enthält also 102 Betten: 88 in Schlafsälen, einschl. für Pensionäre, 8 für chirurgisch Kranke und 6 im Isolierungszimmern, alles für Knaben von 4—12 Jahren.

Die untere Etage des 2. Pavillons ist für monatlichen Wechsel im Sommer, bzw. Ferienkolonien bestimmt; die übrigen Räume für längeren Aufenthalt.

Die Baukosten betrugen 80 000 Mk., d. h. noch nicht 800 Mk. für das Bett. Diese Billigkeit ist z. T. dadurch bedingt, dass, wie bereits ausgeführt, die „Assistencia aos Tuberkulosos“ den Grund und



Boden ebenso wie alles Holz vom Staate gratis erhielt und noch andere Vorteile hatte.

Im übrigen ist hier alles einfach, aber praktisch und hell gehalten, weniger Eisen, weniger Desinfektion, aber genügend.

Auch Bidets fanden sich hier.

Sehr gefällig waren leichte Eisenständerchen, auf denen oben die Kleider, unten die Handtücher aufgehängt wurden.

Praktisch erschienen mir auch kleine Desinfektionsapparate: Kupferkelche, in welche kleine Kessel aus Zink gestellt werden, in welchen, durch eine unten stehende Spirituslampe erhitzt, die Sputa gekocht und so desinfiziert werden.

Sehr praktisch erschien mir auch die Füllung der Schlafsäcke mit weichem Maisstroh (Palha de milho), diese Lagerunterlage war weich und angenehm, auch billig.

Die Pensinäre zahlen 40—50 Mk. den Monat.

Die medikamentöse Behandlung besteht nur in systematischer Darreichung von Lebertran im Winter (November bis März), abgesehen bei interkurrenten Erkrankungen und den hereditär-syphilitischen Kindern.

Der Direktor war recht skeptisch in seiner Ansicht über die Erfolge und betonte die Notwendigkeit geeigneter Auswahl wie das Vorkommen der Ueberempfindlichkeit gegen Seeluft.

Von den 53 skrophulösen Knaben des ersten Jahres konnten schliesslich (nach Behandlung vieler Monate) entlassen werden: 23 als gebessert und 26 als sehr gebessert = 49; es blieben 2 im Bestande und 2 starben.

Ueber das Krankenhaus für Tuberkulose, das zum Hospiial do Rego gehört, wird weiter unten berichtet werden.

Die von Lissabon weit entfernte Lungenheilstätte zu Guarda habe ich leider nicht besichtigen können.

4. Ruhehaus für Tuberkulöse.

Zu erwähnen ist auch, dass der Bau eines Ruhehauses für Tuberkulöse in Lissabon geplant ist, mit der Bestimmung, ganz leicht Affizierte aufzunehmen, also noch ehe sie in Sanatorien zu kommen brauchen. Dies ist ein neues Prinzip, das mir nicht ganz verständlich ist. Soll das Haus zur Entlastung der Lungenheilstätte dienen und mit geringeren Mitteln auskommen?



Jedenfalls ergibt sich, dass die „Assistencia aos Tuberculosos“ den Kampf gegen die Tuberkulose in Portugal mit grossem Geschick und Eifer aufgenommen hat und unter Benutzung aller anderwärts gemachten Erfahrungen durchführt; bei ihrem zielbewussten Vorgehen wird es an Erfolg nicht fehlen.

Welche Rolle die „Assistencia“ spielt, geht u. a. auch daraus hervor, dass das Sanitätsreglement den Kreisärzten unter Nr. 9 des Art. 74 ausdrücklich aufgibt, Listen der Tuberkulösen zu führen, die Ursachen und Bekämpfung der Krankheit zu studieren und „auf alle Weisen nach Vermögen das Werk der Assistencia nacional aos Tuberculosos und der Liga gegen die Tuberkulose zu unterstützen.“

Ich möchte das Kapitel „Tuberkulöse“ nicht abschliessen, ohne noch eines Sanatoriums zu gedenken, das wenigstens zum Teil der Tuberkulosebekämpfung dient. Es ist dies das

Seesanatorium Sant'Anna zu Parede

unweit von Carcavellos, also ebenfalls unterhalb Lissabon, das ich auch besehen habe.

Die Front des Hauses ist auch abgebildet in dem grossen Plakat der „Assistencia aos Tuberculosos“, obwohl es ihr meines Wissens nicht gehört.

Dies Sanatorium ist von einer Geberin (Donna Amelia Chamiço-Biester) für rund 1600000 Mk. 1904 ohne rechte ärztliche Sachverständigenhilfe erbaut und soll folgenden drei wenig zusammenpassenden Zwecken dienen:

1. Kinderstation für 60 Mädchen von 4—14 Jahren anämischer, lymphatischer, rachitischer Konstitution mit Tuberkulose der Knochen, Gelenke, Drüsen oder Haut;
2. Frauenstation für 20 Frauen jeden Alters mit malignen Tumoren;
3. Männerstation für 20 Männer mit Krankheit des Herzens oder der grossen Gefässe.

Jedes der 100 Betten kostet also rund 16000 Mk.

Der eigentümlichen Zweckbestimmung entsprechend ist das Haus in drei ganz geschiedene Teile zerlegt. An einem Vorderbau mit den Verwaltungsgebäuden schliessen sich die Flügel, die zwischen sich den Wintergarten haben. Alles ist aus Stein und Eisen errichtet, selbst die Sessel in den auf der Seeseite mündenden offenen Säulenliegehallen, und aufs Grossartigste eingerichtet, die Zimmer immer



nur für wenige Leute bestimmt, breite Gänge, Klosetts und Bäder in Stein, Glas und Eisen bzw. bunten Kacheln. Für Desinfektion ist gesorgt, desgl. für eine eigenartige Ventilation.

Der Fussboden besteht aus Ziegelsteinen, die Decken sind gerundet, die Winkel natürlich überall rund, die Wände mit Kacheln bedeckt oder mit Oelfarbe gestrichen. Die Kinder schlafen in grossen, weiten, herrlichen Eisenbetten unter Wolle; an den Seiten ihrer Schlafsäle sind Ueberwachungsfenster.

Besonders aseptisch ist man mit dem Operationszimmer und dem Zimmer für 10 Kontagiöse vorgegangen. Dort sind die Einrichtungen, um mit den Ellbogen und Füssen Spülungen auslösen zu können, hier ist eine Glastür, die in Eisen läuft und aufzuwinden ist usw.

In den hohen Kellergewölben fahren kleine Waggons mit Wäsche auf Schienen.

Und bei diesem Komfort ist Bedingung der Aufnahme der Armenschein! Die Behandlung und Verpflegung ist völlig unentgeltlich. Tätig sind Schwestern des H. Vincenz von Paula.

Von Mitte 1904 bis Ende 1905 wurden 141 Kinder, 8 Frauen und 13 Männer aufgenommen. Von den Kindern wurden angeblich 45 geheilt, 17 gebessert, während 3 starben und die übrigen im Bestande blieben oder das Haus verliessen. Die Kinder sollen nur im Sommer aufgenommen werden, während die übrigen Leute das ganze Jahr da sind.

Eine besondere Schule mit Lehrer für 10 Kinder ist vorhanden.

Das Ganze erscheint verfehlt, wenn es auch manches Originelle und Praktische enthält.

Ist schon die Zweckbestimmung eigenartig, so ist es geradezu ungeheuerlich, solche Räume und Einrichtungen für notorisch Arme zu schaffen, die ihr Leben lang in den dürftigsten Verhältnissen gelebt haben. Am Besichtigungstage (April) waren noch keine Kinder da, weil auch in Portugal die Seebadezeit erst im Juli beginnt. Die ganze grosse Anstalt mit ihren stattlichen Nebengebäuden war öde. Ein halbes Dutzend alter armer Männer und Frauen schlichen auf den stark wiederhallenden Steinkorridoren unmutig daher oder sassen in Metallstühlen vereinsamt und verloren in den weiten Sälen, Stuben oder Hallen. Man glaubte in einem noch nicht eröffneten Hause zu sein, und doch war die Anstalt bereits $1^3/_4$ Jahre in Betrieb. Die Schwestern erklärten denn auch ganz offen, die Leute wollten nicht



in das Haus, da es ihnen zu ungemütlich sei, bzw. sie wollten bald wieder hinaus.

Angeblich ist die wohlhabende Dame vorwiegend von einem Ingenieur beraten worden und hat, da sie sich keiner wahren Sachverständigen bediente, soviel Geld mit verfehltem Zwecke verschwendet. Es ist zu hoffen, dass das Haus einem geeigneten Zwecke, etwa der Aufnahme von Infektionskrankheiten, wofür es sich entschieden eignet, baldigst überwiesen werde. Als ein Siechenhaus, das es ja hier in der Tat im wesentlichen bildet, ist es doch wirklich nicht passend.

Für die Konstruktion von Infektionspavillons enthält diese Anstalt einiges Nachahmenswerte.

Kapitel IV.

Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in Lissabon.

A. Anzeigepflicht.

Die Grundlage der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ist auch in Portugal die Anzeigepflicht.

Art. 60 des Generalreglements lautet daher (S. 40): „Jeder Arzt ist bei Strafe der Zuwiderhandlung verpflichtet, jeden Fall oder Tod aus seiner Praxis an Typhus, Fleckfieber, Pocken, Scharlach, Masern, Diphtherie, Tuberkulose, epidemischer Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Tollwut, Milzbrand (Rotz?), wie jeden Verdachtsfall von Pest, Cholera oder Gelbfieber und ebenso jeden sonstigen Fall infektiöser oder epidemischer Art, der geeignet ist, eine Gefahr für das öffentliche Wohl zu bedingen, oder den zu wissen sanitätspolizeilich wichtig ist, dem zuständigen Kreisarzte anzuzeigen."

Der Kreisarzt hat alsdann die Sache zu untersuchen, Abwehrmassregeln in die Wege zu leiten und zu berichten.

B. Untersuchungsanstalten.

a) Königlich bakteriologisches Institut.

Für die Untersuchung von Krankheitsobjekten zur Feststellung der Diagnose ist das

Königliche bakteriologische Institut in Lissabon

eingerichtet, genannt „Camara Pestana" nach dem als Opfer seines Berufs 1893 in Oporto gestorbenen Pestarzte.



Dies Institut habe ich unter liebenswürdiger Führung des Direktors, Herrn Professor Hannibal Bettincourt, besichtigt.

Es liegt nahe der neuen Medizinschule, worin der Kongress tagte, auf der Höhe und wurde 1892 ins Leben gerufen, 1895 reorganisiert. Es ist vielfach dem Institut Pasteur in Paris entsprechend.

Seine Bestimmungen sind:

1. Ausführung der bakteriologischen Untersuchungen — auf Erfordern der Sanitätsbehörden oder auf Wunsch Privater — gratis, sofern sie für Arme geschehen; im übrigen besteht ein besonderer Tarif.

Die Gefässe für Aufnahme und Einsendung der bakteriologischen Untersuchungsobjekte werden gratis abgegeben, auch in den Apotheken, zugleich mit Gebrauchsanweisung. Der betreffende Arzt füllt einen Fragebogen aus, den er dem Institut einsendet. Darauf erhält der Arzt wie der Medizinalbeamte binnen 24 Stunden Nachricht über das Resultat, der Arzt ausserdem Serum bei Diphtherie. Will der behandelnde Arzt keine Untersuchungsobjekte einsenden, so muss er die Delegation benachrichtigen, die es dann ihrerseits veranlasst.

(Auch ausländisches Serum kann unter gewissen Voraussetzungen importiert werden.).

2. Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiete der Bakteriologie und prophylaktischen Hygiene, Abhaltung von theoretischen und praktischen Kursen in der Bakteriologie.

3. Beitragen zum Studium der Infektionskrankheiten des Landes.

4. Ausführung der Tollwut-Schutzimpfung aller Personen im Inlande, einerlei, wo sie wohnen oder welcher Nationalität sie sind, und Aufstellung der Indikationen für diese Impfungen.

5. Anfertigung der therapeutischen und prophylaktischen Sera gegen Diphtherie, Tetanus, Pest usw.

10 ccm Diphtherieheilserum kosten 4,50 Mk., Krankenhäuser, Gemeinden und Arme erhalten es gratis, nur in den Apotheken.

6. Anfertigung der Lymphen gegen ansteckende Krankheiten. Pockenlymphe wird zur Zeit noch nicht fabriziert.

7. Aufnahme und Behandlung der Diphtherischen, der von toll betrachteten Tieren Gebissenen und anderen Infektionskranken, welche im Interesse des Studiums oder aus einem anderen besonderen Grunde in die Krankenabteilung aufgenommen werden (z. B. einmal einige schlafkranke Neger).



Arme werden gratis behandelt. Die Behandlung der von tollwütigen Tieren Gebissenen erfolgt gegen Bescheinigung eines Arztes oder Tierarztes. Die betreffenden Tierteile (nervöse Ganglien, Medulla oblongata), in neutrales Glyzerin getan, werden hierhin eingesandt, lebende Tiere vom Kreistierarzt event. beobachtet.

Die Behandlung ist ambulatorisch, arme Auswärtige können aufgenommen werden.

Diphtheriekranke werden im Lazarett behandelt, während die Krankheitsverdächtigen ambulatorisch mit Serum behandelt werden.

8. Ausführung anderer höheren Orts übertragener Arbeiten.

Das Institut untersteht direkt dem Ministerium durch die Generalinspektion und hat an Personal 1 Direktor, 4 weitere Aerzte, 1 Tierarzt, 7 Krankenschwestern (weltlich), 27 andere Angestellte.

Die Zweckbestimmungen bedingen ohne weiteres, dass das Institut aus mehreren Gebäuden und Abteilungen besteht; insbesondere sind die Laboratorien und Arbeitssäle mit Nebenräumen, die Räume für die Bereitungen der Sera, die Krankenabteilung (das Lazarett) und die Abteilung für ambulatorisch Behandelte, ferner die Ställe u. dergl., alles in moderner praktischer Weise hergerichtet. Am Besichtigungstage — 25. April 1906 — lagen 43 Kranke im Lazarett, das in durchaus aseptischer Weise, mehrfach mit Glaswänden, errichtet ist.

Der Direktor konnte mit berechtigtem Stolz auf die No. 9606 in seinem Journal an diesem Tage hinweisen.

Wegen Diphtherie wurden im Institut behandelt:

1895	160	1900	400
1896	249	1901	313
1897	295	1902	293
1898	403	1903	252
1899	348		

Ob eine dauernde Abnahme stattfindet, ist also noch nicht sicher.

Von tollwütigen Tieren Gebissene wurden behandelt mit folgendem weiteren Erfolge:

1893	367,	davon	gestorben	0,81 pCt.
1894	419,	„	„	0,72 „
1895	585,	„	„	1,02 „
1866	738,	„	„	0,67 „

1897	374,	davon	gestorben	0,26 pCt.
1898	341,	„	„	0,59 „
1899	616,	„	„	0,38 „
1900	651,	„	„	0,15 „
1901	763,	„	„	0,20 „
1902	868,	„	„	0,23 „
1905	1200,	„	„	0,08 „

Unter den 651 Gebissenen des Jahres 1900 waren 133, bei denen das beissende Tier als tollwütig erkannt wurde; es starb niemand von den Behandelten. Bei 17 wurde Tollwut des Tieres vom Tierarzt diagnostiziert; es starb niemand; bei 501 wurde Tollwut aus den Symptomen angenommen; es starb 1 = 0,19 pCt. Der tötende Biss hatte eine der unteren Gliedmassen getroffen. 35 mal waren sonst der Kopf, 189 mal die Hände, 355 mal die Beine, 6 mal andere Körperteile gebissen worden. Gebissen hatte:

560 mal	Hund	3 mal	Maulesel
67 „	Katze	2 „	Schwein
11 „	Rindvieh	1 „	Mensch
4 „	Esel		

dazu 3 Unfälle im Laboratorium (Carlos França).

Bis zum Besuchstage (25. April) waren 1906 bereits 84 Gebissene behandelt, 80 Hunde, 20 Katzen untersucht. Die unter Behandlung stehenden Gebissenen erscheinen 21 Tage lang täglich.

Bis 1892 wurden die Gebissenen nach Paris gesandt. Der Wunsch, sie im eigenen Lande zu behandeln, war einer der Hauptgründe für die Errichtung des Instituts, da die Tollwut in Portugal sehr verbreitet ist, auch noch jetzt, wo seit Jahren ihr energisch zu Leibe gegangen wird durch Behandlung nach Pasteur, Abtöten kranker und krankheitsverdächtiger Tiere sowie herrenloser Hunde, Leinenzwang für Hunde und dergl. m.

In Lissabon gibt es derartig herumstreichende Hunde nicht, dagegen aber viele Katzen.

Dass das Institut auch die bakteriologische Sputumuntersuchungen für die „Assistencia aos Tuberculosos“ ausführt, ist bereits erwähnt.

Ausser Lissabon haben noch Oporto ein grösseres und Coimbra und Ovares kleinere Laboratorien in Portugal.

Sodann befindet sich in Lissabon das



b) Königliche Zentralinstitut der Hygiene.

Auch dieses wurde besichtigt und zwar unter Führung des Herrn Generalsanitätsinspektors selbst, der auf demselben Grundstücke wohnt und in den oberen Räumen seine Bureaux wie das Hygiene-Museum eingerichtet hat.

Die Zweckbestimmungen des Hygiene-Instituts sind:

1. Erteilung von Unterricht für die Sanitätsbeamten-Aerzte und -Ingenieure, welche sich dem Staatsdienst widmen wollen.

2. Ausführungen praktisch-hygienischer Arbeiten.

3. Verbreiten der Errungenschaften der Hygiene durch Ausstellungen usw.

4. Ausführen der von den Sanitätsbehörden geforderten physikalischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchungen, zumal der Nahrungsmittel.

Die letzte Art der Untersuchungen bildet in der Tat eine Hauptaufgabe, insbesondere wird Wasser und ganz besonders Milch untersucht, die bei Kontrollierungen entnommen wird, täglich bis zu 40 Proben, jährlich rd. 1000 Proben, sowohl von Kühen holländer als turiner Rasse. Der Fettgehalt soll 3 pCt. sein, geht auch bis 4 pCt., doch ist er auch abwärts bis 0,1 pCt.! gefunden worden.

Der Etat des Laboratoriums, das in den unteren Räumen des Hauses untergebracht ist, soll 15000 Mark jährlich betragen.

Der oberste Chemiker erhält 3250 Mark jährlich. Für die Feststellung übertragbarer Krankheiten kommt das Hygienische Institut kaum in Frage.

Das Hygiene-Museum war noch klein und in den Anfängen, führte aber zahlreiche interessante und lehrreiche Tabellen und Modelle, so über Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung, Schutz gegen irrespirable Gase usw. Praktisch erschienen die Gegenüberstellungen von hygienischen und unhygienischen Konstruktionen in Modell und Zeichnung, so bei Anlage von Brunnen, Gruben, Leitungen usw.

Die Kurse des Hygiene-Instituts bestehen in Unterricht, Demonstration, Visiten, praktischen Uebungen und erstrecken sich auf Sanitäts-Verwaltung, Gesetzgebung und Polizei; Demographie und Statististik; Sanitätsbauwesen; Epidemiologie, angewandte Bakteriologie, Prophylaxe der Infektionskrankheiten; Meteorologie, Hydrologie, angewandte Geologie; Mikroskopie und medizinische Chemie. Für den Unterricht werden benutzt:



1. Die Anstalten des hygienischen Instituts selbst — Bibliothek, Hygiene-Museum, Laboratorium.

2. Die Einrichtungen der Generalinspektion, so das statistische Material daselbst, das bakteriologische Institut und seine Krankenabteilung wie seine Lympheabteilung und die Desinfektionsanstalt (s. unten), die Quarantäneanstalt und die Dispensaires.

3. Verschiedene Anstalten, als die Sanitätseinrichtungen der Hauptstadt (Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung, Schlachthaus, Begräbnisplätze, Strassenreinigung, ferner Krankenhäuser, Krippen, Sanatorien, Dispensaires, Schulen, Fabriken, gewerbliche Anlagen, Massenwohnungen, ungesunde Wohnungen).

Diese Kurse — 3 Monate lang, Januar bis März — erscheinen sehr praktisch durchdacht.

Eigenartig sind die Kurse für Sanitätsingenieure, wie deren Einstellung in die Sanitätsbehörden überhaupt eigenartig ist und durchaus zweckmässig erscheint.

Der Kursus für derartige Sanitätsingenieure umfasst:

Sanitätsgesetzgebung und -verwaltung,
Demographie und Statistik,
Werke der Assanierung,
Wohnungshygiene,
Gewerbehygiene.

Aus diesem Programm regeln sich auch die Aufgaben der Sanitätsingenieure in der Praxis.

Am Kursus 1905 nahmen insgesamt 21 Schüler teil.

C. Desinfektion.

Die Desinfektion ist obligatorisch bei (Art. 74 Ziffer 6 des Generalreglements) Fleckfieber, Typhus, Pocken, Scharlach, Diphtherie, Genickstarre, Tuberkulose (hier bei Tod und Wohnungswechsel) und bei Verdachtfällen von Pest, Cholera und Gelbfieber, nach Umständen auch bei anderen übertragbaren Krankheiten.

In Lissabon besteht eine sehr grosse staatliche Desinfektionsanstalt — Posto de Desinfecção publica, welche direkt unter dem Generalinspektor bzw. durch ihn unter dem Ministerium steht und z. Zt. von dem Armeegeneralarzt a. D. Dr. Ennesch geleitet wird, dem ein Assistenzarzt und ein Sanitätsingenieur zur Seite stehen. Auch diese wurde besichtigt.



Dei Anstalt liegt in einem grossen, mit hoher Mauer umschlossenen gartenartigen Terrain, auf welchem in einem besonderen Hause der Oberdesinfektor wohnt.

Die Zweckbestimmungen der Anstalt sind:

1. Desinfektion von Wohnungen und Objekten gemäss Art. 74 des Reglements.
2. Desinfektion von Waggons.
3. „ „ Leichenwagen.
4. „ „ alten Kleidern, Wäsche, Büchern und Geräten u. dergl., Verkaufsartikeln, Schuhen usw.
5. Ausführung sonstiger Desinfektionsarbeiten.
6. Bewachung und Erhaltung von Sanitätsmaterial.

Die Desinfektion erfolgt auf Requisition der Aerzte, Privatleute, Kreisärzte, Regierungs-Medizinalräte, Polizei und Verwaltung; für die einzelnen Requisitionen bestehen besondere Bestimmungen.

Die Armen haben die Desinfektion auf ärztliche Bescheinigung gratis.

Die Desinfektionsanstalt selbst ist äusserlich unansehnlich, im Innern aufs Praktischste und auf alle Fälle passend eingerichtet. An die grosse Abteilung für die Zufuhr schliessen sich rechts und links die Apparate.

3 Dampfinfektionsapparate sind da, teils deutschen Ursprungs (Schimmel, Rietschel & Henneberg), teils französischer Herkunft. In der Wand zwischen der infizierten und der reinen Abteilung sind Fenster eingemauert. Ebenso sind 3 praktische Wagen da (von Geneste-Paris). Sodann finden sich Kasten-Abteilungen für Formalin und besonders für schweflige Säure, die in Portugal sehr viel angewandt wird; dies Verfahren ist besonders durchgebildet; man desinfiziert so Hüte, Stiefel, Handschuhe, Pelze, Federn, allerlei Waren u. dergl. m.

Eigenartig und praktisch erschien mir ein Aufhängewerk für Sachen in dem Formalinraum, der durch Glaswand übersichtlich gemacht ist. Das Aufhängewerk ist durch einen Draht mit einem Rade nach aussen verbunden, das draussen gedreht wird, wobei sich das Hängewerk dreht und wendet, sodass die Zuströmung der Formalindämpfe auf die aufgehängten Kleider erleichtert wird.

Auch ein Verbrennungsofen ist da.

Die Desinfektoren arbeiten in Leinenanzügen — 20 sind vorhanden — die Mützen haben ebenfalls Uebertücher, die Röcke haben Kapuzen.



Auch Helme mit Schwämmen finden sich.

An Badeeinrichtungen fehlt es nicht.

Die desinfizierten Sachen, welche durch praktische kleine Metallmarken bezeichnet sind, werden sorgsam sortiert, gewaschen und abgeliefert.

Im Hause des Wärters finden sich teils die Geräte und Anzüge der Desinfektoren in besonderen Räumen, teils instruktiv allerlei Muster und Modelle von Apparaten u. dgl. m.

Allerlei Formulare der Desinfektionsanstalt, als Einlieferungszettel, Quittungen usw., sind vorgesehen.

Die Desinfektionsanstalt steht auch hier mit dem städtischen Feuerwehrkorps in Verbindung, dessen Leistungsfähigkeit den Kongressisten am vorletzten Abend praktisch vorgeführt wurde. Die portugiesischen Pompiers geniessen ja einen hohen Ruf der Geschicklichkeit und Zuverlässigkeit, und auch, was mir auf meine Bitte an Feuerwehrbereitschaft mit echt portugiesischer Liebenswürdigkeit in den Anstalten gezeigt wurde, schien mir diesen Ruf zu bestätigen. Hier fielen mir auch die Automobile im Dienste der Feuerwehr (Dampfspritze) auf, die vorzüglich zu funktionieren schienen. Sie sind ja in Deutschland, z. B. im Rheinland, auch schon eingeführt.

D. Krankenhäuser für ansteckende Kranke.

Das Hospital do Rego ist das imposanteste dieser Art von Krankenhäusern in Lissabon, mit seinem vollen Namen genannt „Hospital de Doenças infecto-contagiosas“, also „der ansteckenden Krankheiten“.

Es ist staatlich und in der Tat eine vorzügliche und grossartige Anlage vor den Toren der Hauptstadt, war soeben fertiggestellt und von solcher Ausdehnung und Durchdachtheit, wie Unterzeichneter sie sonst gesehen zu haben sich nicht erinnern kann.

Nach Art. 1 des Reglements ist es bestimmt für die Behandlung und Isolierung der ansteckenden Kranken.

Das Terrain ist 65280 qm gross, davon bebaut 10653 qm.

Das Ganze zerfällt in zwei Teile: der erste Teil dient der Tuberkulosebehandlung, der zweite den übrigen übertragbaren Krankheiten, jener enthält 212 Betten, dieser 516, beide also 728 Betten für Männer, Frauen und Kinder, dazu die Nebengebäude, wie Kirche, Desinfektionsanstalt, Küche, Waschküche, Maschinenhaus, Beamten- und Dienstbotenhäuser, Leichenhallen mit Kapellen und

Sektionsräumen, alles nach Bedarf doppelt für beide Abteilungen. Bestimmungemäss erfolgt die Unterbringung der Kranken überall unter Trennung der Geschlechter, der Erwachsenen von den Kindern und der inneren Kranken von den chirurgischen. Knaben unter acht Jahren werden mit den Mädchen zusammen untergebracht.

Das Tuberkulose-Krankenhaus besteht aus 3 Flügeln und enthält 7 Säle für Kranke.

Im Erdgeschoss sind die Bureaus, Verwaltungsräume, Baderäume, Operationsräume, Hydrotherapie, Arzt du jour, Bibliothek usw. und Saal für 34 Männer, die chirurgisch tuberkulös sind.

Im 1. Stock sind 3 Säle, 2 mit 73 Betten für innere tuberkulöse Männer, 1 für 16 ebensolche Kinder.

Im 2. Stock haben wir ebenfalls 3 Säle, und zwar einen für innere tuberkulöse Frauen mit 42 Betten, einen für chirurgische Frauen und einen für Kinder, zusammen 47 Betten.

Das Hospital dient zur Aufnahme von Tuberkulösen aller Art und Grade. Liegehallen sind nicht vorgesehen, wohl aber Glasveranden nach Osten, die dem gleichen Zwecke dienen. Im übrigen sind, wie uns gesagt wurde, den ganzen Tag die Fenster auf, sodass reichlich Luft und auch Licht in die Säle dringt; die Liegehallen sollen durch den so gewährleisteten stetigen Aufenthalt im Freien, in Garten und Veranda ersetzt werden. Die Haltung des Hauses war musterhaft. Das Personal ist weltlich. Der ganze Komplex mit Garten ist durch eine Mauer umschlossen.

Der andere grössere Teil der Anlage, der für die sonstigen übertragbaren Krankheiten bestimmte, ist wieder in sich mit einem Drahtzaun eingeschlossen.

In der Längsrichtung geht ein breiter Weg und zu beiden Seiten sind die Pavillons angeordnet, in regelmässigen Abständen, im ganzen 22 Krankenpavillons für 33 bzw. 15 und 6 Betten, dazu die Nebengebäude. Die Pavillons sind nach Geschlechtern und Krankheiten getrennt. Alle Pavillons sind eingeschossig, massiv, in Hohlziegeln erbaut, enthaltend Krankensaal, Einzelzimmer, Badezimmer, Klosetts, Teeküche, Pflegerinnenraum. Die Decken selbst wie alle Winkel sind abgerundet, die Wände in Oelfarbe gestrichen, die Fussböden aus Parkett; reichlich hohe Fenster, darunter Ventilationsfenster.

Heizung fehlt ganz.

Zur Zeit unseres Besuches waren über 100 Pockenkranke hier untergebracht (vgl. Kapitel II).



Die gesamte Anlage soll $2^1/_4$ Millionen Mark gekostet haben, das Bett also etwas über 3000 Mk.

An Besonderheiten ist zu erwähnen:

In jeder Leichenhalle ist ein Raum, in welcher die Leiche 24 Stunden nach dem Tode liegen muss, eine elektrische Klingel in der Hand — eine Massnahme gegen den Scheintod.

Das Essen wird in der Anlage mit einem Automobil umhergefahren.

Das Ess- und Trinkgeschirr des Krankenhauses ist aus Aluminium.

Praktisch waren Ausgüsse in Stein mit einem aufrecht stehenden Siebe am Abflussloch, um feste Bestandteile zurückzuhalten.

Jeder Kranke hat eine Zahnbürste, die in einem grossen Reagensglase und mit diesem in einer Blechhülse steht — zum Desinfizieren eingerichtet.

Die Desinfektionsanstalt arbeitet viel mit Auskochen und Verbrennen, auch mit Formalin.

Alles im Hospital ist nach den modernsten Mustern eingerichtet: elektrisches Licht, Lifts, Warmwasseranlagen, reichliche Waschvorrichtungen, Veranstaltungen für Körperübungen, Krankenwagen, Ueberkleider für Aerzte und Pfleger sind vorhanden, für Desinfektion und Reinlichkeit ist gut gesorgt. Der Dienst des Personals ist genau geschieden zwischen allgemeinen Hospitaldienst und speziellen Abteilungsdienst. Jede Art Personal wird besonders vorgebildet. Eingehende und rigorose Bestimmungen verhüten den Verkehr des Personals in einer so strikte durchgeführten Weise, wie ich es in der Praxis gehandhabt noch nicht gesehen habe.

An der Spitze des Ganzen steht ein königlicher Beamter mit einem Gehilfen, ärztliche Abteilungsdirektoren und Assistenzärzte sind reichlich da. Alles über Dienst und Aufnahme ist mit grösster Gründlichkeit geregelt.

Nur die zuständigen Beamten, Geistlichen, inländische und ausländische Aerzte haben unter Beobachtung gewisser Vorsichtsmassregeln Zutritt, die Verwandten der Kranken nur unter ganz bestimmten Bedingungen.

Das Hospital do Rego ist in der Tat höchst sehenswert und studierenswert.

2. Ruhehaus für Tuberkulöse.

Das im Bau begriffene Ruhehaus für Tuberkulöse ist bereits erwähnt.

3. Hospital do Desterro.

Das Hospital dc Desterro, vorwiegend für Venerische und Hautkranke wie für chirurgisch Kranke, Männer wie Weiber, bestimmt, ist ebenfalls bereits erwähnt.

Eine Poliklinik ist mit dem Krankenhause wie mit allen verbunden.

4. Hospital de S. Lazaro.

Im Hospital de San Lazaro werden die Leprakranken untergebracht. Es ist nicht sehenswert. Es sind zwei Säle, der eine für Männer, der andere fär Frauen, dazu einzelne Nebenräume, das Ganze eine geschlossene Anstalt mit kleinem Garten, wenig gut gehalten, wenig sauber, wenig Ordnung, die Nebenräume ihrer Bestimmung zum Teil entzogen.

Viele Kranke lagen in ihren einfachen Betten, verhältnismässig viele erblindet, insgesamt 24. Der durchschnittliche Tagesstand ist 26.

Eine leprakranke Mutter in den 20er Jahren hockte hier mit ihrem 3jährigen Kinde, das ebenfalls bereits leprös war.

Unter den wenig sauberen weltlichen Pflegerinnen war eine Negerin. Das Ganze macht den Eindruck eines wenig beachteten Siechenhauses, von Desinfektion und prophylaktischer Sauberkeit oder ärztlicher Behandlung bzw. eingehender Fürsorge war hier nicht viel zu merken.

Angeblich bestehen seit dem 13. Jahrhundert in Portugal Isolierhäuser für Lepröse, und seitdem der König Alfons II. an Lepra erkrankt war, hat man viel Geld für die Bekämpfung dieser Krankheit aufgewendet und angeblich die Krankheit stark vermindert. Dem Fremden aber fallen die Leprösen in Lissabon wie auch sonst in Portugal auf, es finden sich ihrer z. B. unter den Bettlern, soweit so schnell eine Diagnose sich stellen lässt; es scheint jedenfalls, als ob eine strenge Isolierung der Leprösen nicht durchgeführt wird.

5. Besondere Massnahmen.

Am Hafen in Lissabon begegnete mir ein Mann mit einem Abzeichen („Luciano das ratas") und einer grossen Katze auf dem Arm. Er gab an, täglich mit der Katze Ratten am Hafen zu fangen; er erlege auf diese Weise täglich etwa 100 Stück und erhalte dafür je



10 Pf. = 10 Mk. täglich von der Stadt. Eine städtische Massnahme gegen die Pest, an der sich mehrere Leute beteiligen.

Die Dienstbotenordnung in Lissabon schreibt vor: Es ist bei Strafe von 20 Mk. den Agenturen, Bureaus, Verwaltungshäusern verboten, sich mit der Unterbringung von Dienstboten zu befassen, ohne dass diese ein ärztliches Zeugnis, datierend von weniger als 3 Monate, vorzeigen, wonach sie gegen die Pocken geimpft sind und weder an Tuberkulose noch an einer anderen ansteckenden Krankheit leiden (siehe Pocken).

Den Kuhhältern und Milchverkäufern ist vorgeschrieben, von Zeit zu Zeit ein Kreisarztattest beizubringen, dass sie an keiner ansteckenden Krankheit leiden, und dasselbe gilt für die Bäcker.

Kapitel V.

Verhütung der Einschleppung ansteckender Krankheiten zur See.

Für die Verhütung der Einschleppung ansteckender Kranker zur See ist massgebend das „Marinesanitäts-Regime". Es ist mit portugiesischer Gründlichkeit aufgestellt, entspricht den internationalen Abmachungen und wendet sich ganz besonders gegen die Pest. Landquarantänen sind auch in Portugal verboten.

Ich muss es mir naturgemäss versagen, auf dies Regime näher einzugehen, und kann nur einige Punkte herausgreifen.

Zur sanitären Ueberwachung des Schiffsverkehrs ist Portugal in 4 Seegesundheitsbezirke eingeteilt und an seinen Küsten mit „Seesanitätsstationen" besetzt, die in solche 1., 2. und 3. Klasse geteilt sind. Diese Stationen haben die Aufgabe (Art. 234 des Reglements), die einkommenden Schiffe zu besichtigen, ihnen freie Pratica zu geben oder gewisse Quarantänemassregeln aufzuerlegen sowie die Seesanitätspolizei auszuüben. Es sind auf dem europäischen Festlande Portugals 27. Die Stationen 1. Klasse haben einen besonderen Sanitätsbeamten (Guarda-mores de saude) mit unterstellten Aerzten, einer eigenen Desinfektionsanstalt und Quarantäneanstalt; die der 2. Klasse haben einen besonderen Arzt, die der 3. Klasse werden vom Kreisarzte (Subdelegado) mit versehen.

Lissabon ist natürlich — wie Oporto — Station 1. Klasse und Sitz des 1. Bezirks.

Der oberste Seesanitätsbeamte in Lissabon ist der Marinesanitätsinspektor. Er hat unter sich den 1. Seesanitätsbezirk, die



eigentliche Station bei Lissabon, die Quarantäneanstalt und die Seedesinfektionsanstalt und ist Vorgesetzter aller Beamten des 1. Bezirks (Aerzte, Verwalter, Sanitätsmannschaften usw.). Seine und der übrigen Beamten Pflichten sind in den Artikeln 241—250 des Reglements genau angegeben.

Die Sanitätsärzte, Oberärzte und Hilfsärzte werden nur angestellt, nachdem sie einen Kursus im Zentral-Hygieneinstitut zu Lissabon durchgemacht haben (Art. 252).

A. Hafensanitätsstation.

Die Hafensanitätsstation ist die eigentliche Ueberwachungsstation und liegt dicht neben dem berühmten Turm von Belem, also in dem jetzt eingemeindeten Vororte Belem, etwa 1 Stunde unterhalb vom älteren Lissabon an dem hier schon einen breiten Meerbusen bildenden Tajo. Hier sind 1 Oberarzt und 2 Nebenärzte sowie Hilfspersonal tätig. Sie haben als Station ein weit sichtbares turmartiges Gebäude, durch Flagge gekennzeichnet. Ein seefestes Dampfboot steht zur Verfügung.

Hier erfolgt die Untersuchung und Abfertigung der einpassierenden Schiffe nach den internationalen Abmachungen, den nationalen Gesetzen und besonderen Anordnungen, die sich Portugal wie jedes andere Land vorbehalten hat.

B. Quarantäneanstalt.

Quarantäneanstalt ist das sogenannte „Lazareto de Lisboa“, gegenüber der Hafensanitätsstation, also am linken Ufer des Tajo, von Lissabon ziemlich schwer zu erreichen. Dank der freundlichen Führung einiger Ingenieure und des liebenswürdigen Marinesanitätsinspektors und seines ersten Oberarztes wie des obersten Verwaltungsbeamten durfte ich das Ganze sehr eingehend besichtigen.

Die Anstalt ist 1856 infolge der grossen Gelbfieberepidemie errichtet und festungsartig, zum wenigsten in seinem höheren und älteren Teile, erbaut; augenscheinlich war sie, wie das nach dem Erbauungsjahr erklärlich ist, ursprünglich auch als Fort eingerichtet. Augenblicklich ist sie eine Staatsdomäne mit einem grossen Landgute, letzteres ausserhalb der Mauern, auf dem auch ein sehr guter Wein reichlich gezogen wird.

Die Quarantäneanstalt selbst zerfällt in folgende Teile:

1. Landungs- und Zollstationen am Quai eben gelegen.



2. Desinfektionsräume, etwa 8 an der Zahl, und zwar teils für Dampf und teils für schwefelige Säure, dazu Räume für einfache Durchlüftung (Aëration) und auch Ozonisierung, verschiedener Konstruktion; ausserdem Apparate und Materialien für die Desinfektion, auch von Schiffen, die hier ebenfalls mit schwefeliger Säure erfolgt — das Ganze eine grosse Anlage, langsam bergan steigend.

3. Eine Isolierstation für die gemeingefährlichen Kranken (Pest, Cholera, Gelbfieber), schön auf der Höhe gelegen, klein, nicht modern.

4. Eine Krankenstation in der Nähe, für die Krankheitsverdächtigen ebenso.

5. Die eigentliche Quarantänestation für die Ansteckungsverdächtigen, hoch oben, gross, sehr geräumig, mit grossen Sälen und stets vollständig gedeckten Tischen, eingerichtet für Männer, Frauen und Familien. Ganz eigenartig ist die halbkreisartige Anordnung der Anstalt um die in der Mitte gelegene Kirche, derart, dass bei geöffneten Fenstern in beiden Gebäuden (Kirche und Quarantänestation) jeder gegenüber vom Korridor der Station aus über den Zwischenraum hinweg die Predigt hören kann. Auch werden Besucher in die Kirche geführt, um sich mit den Internierten, also den (gesunden) Ansteckungsverdächtigen, über den Zwischenraum zwischen den Gebäuden hinweg unterhalten zu können.

Selbstverständlich ist auch in den Abteilungen für Kranke und für Krankheitsverdächtige eine Trennung nach Geschlechtern möglich.

Die ganze Anstalt ist gegen aussen völlig abgeschlossen durch Mauern und Felsen, ausserdem auch in sich getrennt.

Die Wohnungen der verschiedenen Beamten mit Gärten sind zweckmässig eingesprengt.

Der Liebenswürdigkeit des ersten Oberarztes Herrn Dr. Victorino de Freitas verdanke ich einige Notizen über die Belegung der Quarantäneanstalt.

In Quarantäne können gleichzeitig um 1000 Personen hier gelegt werden, wiederholt ist die Anstalt völlig belegt gewesen. In den Jahren 1890—1900 passierten hier 96 423 Personen. Ueber die einzelnen Krankheiten erfuhr ich:

Gelbfieber.

In den 50 Jahren seit Bestehen der Anstalt sind 35 Gelbfieberfälle hier untergebracht gewesen: 4 Fälle von 4 deutschen Dampfern,



4 Fälle von 3 französischen Dampfern, 14 Fälle von 11 englischen Dampfern und 2 Fälle von 1 englischen Segelschiff, 11 Fälle von 4 portugiesischen Schiffen — insgesamt 33 Männer und 2 Frauen. 19 Fälle entpuppten sich als solche während der Reise, 8 im Lazarett und 8 an Bord der Schiffe während der Quarantäne auf dem Tajo, wo die Schiffe hier an gewisse Plätze leicht gelegt werden können, da überreichlich Raum ist.

Auf die Jahre verteilen sich die Fälle also:

1860	4	1879	4
1861	7	1880	1
1872	1	1891	3
1873	4	1892	1
1875	1	1894	1
1876	3	1896	1
1878	4		

Von diesen 35 Fällen starben 12.

Cholera.

12 Fälle, davon 6 gestorben, 2 geheilt, 4 mit unbekanntem Resultat, da sie, weil portugiesische Soldaten, ins Militärlazarett nach Lissabon geschafft wurden.

Auf die Jahre verteilen sich die Fälle also:

1856	8	1866	1
1865	2	1893	1

8 erwiesen sich als Cholera im Lazarett 1856.

4 wurden durch den deutschen Dampfer Belgrano gebracht, der Rest von 2 englischen Dampfern.

Pest.

Nur 1 Fall 1899, nämlich 1 Soldat, welcher die Pest aus Oporto brachte, am 20. 12. 1899 eingeliefert und am 27. 1. 1900 geheilt entlassen wurde.

Ueber die Herkunft der Fälle von Gelbfieber und Cholera enthalten dte Notizen leider weiter nichts Näheres.

Ueber die Bezahlung besteht ein besonderer „Avis". Dieser lautet in Uebersetzung:

Avis.

„Die Personen, welche in das Lazarett eintreten, hinsichtlich ihrer selbst oder ihres Gepäckes irgend einer sanitären Massnahme unterworfen, sind durch Gesetz oder Reglement zu folgender Bezahlung verpflichtet:



1. Der Kosten für die Ausschiffung und für ihren Transport ins Lazarett, doch nur im Falle persönlicher Behinderung;
2. der Kosten für den Transport des Gepäckes ins Etablissement;
3. der Zollgebühren für jeden zollpflichtigen Gegenstand;
4. der Krankenbedienung im Lazarett;
5. der Medikamente und Krankenartikel;
6. der allgemeinen Bäder.

Unentgeltlich sind wie bisher immer:

a) die Desinfektion des Gepäckes;
b) der Transport der Kranken ins Lazarett;
c) die ärztliche Hilfeleistung;
d) die Krankenwartung;
e) alle oben nicht spezifizierten Nummern.

Die Armen sind von jeder Bezahlung im Lazarett befreit."

Der Tarif für das zu Zahlende war, soweit ich in Erfahrung bringen konnte, niedrig.

Somit wird die Quarantänestation in Lissabon zum sehr grossen Teil vom Staate erhalten, bzw. besteht aus sich selbst auf Grund der nicht geringen Einkommen aus Weinbau und Landwirtschaft.

C. Neue See-Desinfektionsanlage.

Die neue Desinfektionsanlage ist, um die Unannehmlichkeiten zu vermeiden, welche die Desinfektion von Waren an der anderen Seite des Tajo mit sich bringt, rechts am eigentlichen Hafen von Lissabon, d. h. unmittelbar am unteren Ende, errichtet als „Posto maritimo de desinfecção de Lisboa", während des Kongresses gerade fertig gestellt.

Wieder waren es einige freundliche Ingenieure, Herr Mello de Mattos und der Erbauer Herr Antonio C. Parreira, welchen beiden Herren ich sehr viel bezüglich des Gesehenen überhaupt verdanke, und der Herr Generalsanitätsinspektor Professor Ricardo Jorge selbst, die mich führten.

Die Anstalt ist nach den Plänen des genannten Herrn Parreira erbaut worden, nachdem er andere europäische Länder bereist und zumal die Einrichtungen von Hamburg und Antwerpen studiert hatte, und ist hochmodern, ja vortrefflich in ihrer Art.

Vom Tajo aus trennt eine breite Strasse mit Schienen die Anstalt und führt über eine Brücke in die Stadt Lissabon. Die Anstalt ist abgeschlossen und von einem Soldatenpiket bewacht, mit Zollbeamten und sonstigen Beamten ausgerüstet.

Rechts liegen die Räume für die Zollabfertigung, die Wohnung des Direktors, der Arzt ist, die Wachtstube u. dergl.

Links ist die eigentliche Desinfektionsanstalt. Hier fallen am meisten auf 6 Räume, welche der „Sulfuração", d. h. also der Behandlung mit schwefliger Säure, dienen, und höchst ingeniös mit Ventilationsvorrichtungen und Einrichtungen zur Entwicklung der schwefligen Säure, a. a. mit Röhren, welche durch Druckapparat vom Kessel her (nach Clayton) die schweflige Säure eintreiben können, ausgerüstet sind. Auch finden sich Apparate zum Aufhängen der Gegenstände im Raume.

3 der Räume sind für Dampf- und Formalindesinfektion von Gepäck, darin 3 Apparate für Dampf (von Geneste, Henschel u. Cie.) mit besonderer unreiner und reiner Abteilung. Interessant war mir, dass die die unreine und reine Abteilung trennende Mauer auch hier ein eingemauertes Fenster trug, zumal da ich selbst solches bereits 1892 im kleinen Kreiskrankenhaus zu Sulingen in Hannover eingerichtet hatte, da ich es für praktisch hielt, ohne dass ich sonst je eine Nachahmung gefunden hätte.

Andere Räume dienen der Besichtigung der Passagiere, dann sind noch Bäder, Wascheinrichtungen, Klosetts, Räume für die Desinfizientien vorhanden.

Ueberall Fussböden von Fliesen, gekalkte Wände.

Die grosse Anlage soll 400 000 Mk. gekostet haben.

Der Bedeutung wegen habe ich auch noch die Quarantäneanstalt für Porto, die bei Leixoes, bzw. bei Leça de Palmeira gelegen ist, aufgesucht. Ich nehme an, dass diese aus der Veröffentlichung über die Pest in Porto bekannt ist, und übergehe ihre Beschreibung. Sie ist anders als die Lissaboner angeordnet, durchaus modern, mit Desinfektionsanstalt verbunden und durchaus komfortabel, zumal die Warteräume für die Passagiere. Nur schien mir die Abführung der Abgänge in das grosse Hafenbassin nach unseren Anforderungen nicht ganz einwandfrei. Diese Anstalt dient weniger zum längeren Verbleiben der Kranken und Verdächtigen, die tunlichst nach Lissabon zu Schiff weiter gebracht werden, als zum Untersuchen der Passagiere, nach Kajüten geordnet, zum Desinfizieren und allenfalls zum Beobachten.



Kapitel VI.

Verschiedene Einrichtungen.

1. Die neue Medizinschule.

Portugal hat, wie bekannt, nur eine volle Universität — Coimbra, ausserdem 1 Priesterschule in Santarem und 2 Medizinschulen in Oporto und Lissabon.

Die letzte ist völlig neu, war gerade zum Kongress fertig gestellt und dazu benutzt. Ihre Beschreibung erübrigt sich hier. Erwähnt sei nur, dass die Wände der Wandelgänge mit extra für diesen Zweck hergestellten blauweissen Kacheln, einer Eigentümlichkeit Portugals, den sogen. „Azulejos", angefertigt von Jorge Collaço, geschmückt sind, von denen eines die jetzige Königin Dona Amelia im Kreise von Armen und Leprösen, Almosen verteilend, darstellt; der eine Kranke mit dem leprös ergriffenen Gesicht ist ungemein charakteristisch.

2. Krankenhäuser.

Ausser den bereits geschilderten Krankenhäusern habe ich auch das Hospital de Rilhafolles besichtigt, d. h. die Königliche Irrenheil- und Pflegeanstalt.

Es ist ein grosser Komplex in der Stadt, aus mehrgeschossigen Gebäuden zusammengesetzt, der Kern zum mindesten alt. Zu berichten hierüber findet sich kaum etwas. Beruhigungsbäder schienen nicht beliebt zu sein, Zellen sind kaum da, mehr offene grössere Räume; ob Zwangsmittel völlig fehlen, ist mir nicht bekannt. Die Einteilung der Irren geschieht wie auch bei uns, nur fiel eine besondere Abteilung auf, solche für Arbeitende.

Das Haus ist überfüllt, der tägliche Durchschnitt 758, die Sterblichkeit 15 im Jahre.

Dies ist das einzige Krankenhaus, an welchem der Direktor ein Mediziner ist, nämlich der vortreffliche Generalsekretär des Kongresses Professor Michael Bombarda, in der Tat augenscheinlich ein vortreffliches Organisations- und Verwaltungstalent.

Zur Aufnahme gelangen heilbare, gemeingefährliche und schamlose Irre und zwar auf dem Wege der Verwaltung mit einem ärztlichen Atteste. Zahlende Pensionäre werden ebenfalls aufgenommen und zwar auf den Bericht des die Aufnahme Wünschenden und des Zeug-

nisses eines Arztes, welcher mit dem Kranken nicht verwandt sein darf.

Angestellt sind ausser dem Direktor, der im Hause wohnt, ein Oberarzt für die Frauenabteilung und ein Chirurg: 2 Assistentenstellen sind vorgesehen, aber „infolge von Mangel an Interesse an der Psychiatrie" nicht besetzt.

Eine Poliklinik ist mit der Anstalt verbunden.

Das Personal ist weltlich.

3. Institutionen der „Misericordia".

Wie aus der eingangs geschilderten Organisation des portugiesischen Verwaltungswesens hervorgeht, besteht neben dem Gesundheitsdienst der Dienst der Wohltätigkeit. Er untersteht ebenfalls dem Minister des Innern und unter ihm dem Generaldirektor des Gesundheits- und Wohltätigkeitswesens, einem Arzte. Unter den geborenen Mitgliedern des öffentlichen obersten Wohltätigkeitsrates befinden sich der Präfekt, Oberbürgermeister und Oberlandesgerichtspräsident von Lissabon, mehrere Krankenhausdirektoren, der Präsident des Exekutivkomitees der „Assistencia aos Tuberkulosos" usw. Einer der Kreisärzte von Lissabon wird für die Besichtigungen und Beaufsichtigungen der Anstalten in der Hauptstadt hinzugewählt.

Die „Misericordia" ist die vornehmste dieser Art Wohltätigkeitsgesellschaften, im 15. Jahrhundert geschaffen, ihrer Häuser sind 202 im Königreich, ihre Einkünfte im Jahre über 5 Millionen Mark. Die Misericordia in Lissabon allein hat etwa eine Million jährliche Einkünfte.

Die Misericordia hat teils eigene Einrichtungen und Krankenhäuser, teils subventioniert und unterstützt sie öffentliche Bestrebungen.

So z. B. das Findelkinderwesen. Die frühere Leichtigkeit, Kinder unbekannt absetzen zu können, hatte dahin geführt, dass angeblich (Guide) 1869 von 2362 ehelichen und 774 unehelichen, also von insgesamt 3136 Kindern 2829 ausgesetzt wurden, also nur 307 nicht $= 1/_{10}$. Man hat dies System daher aufgegeben, die Misericordia nimmt heute die ausgesetzten Kinder an, gibt sie Frauen auf dem Lande, deren Kinder gestorben sind oder nicht mehr genährt werden, zur Aufziehung, wobei eine ärztliche Ueberwachung stattfindet. Weiter gibt die Misericordia armen Müttern, wenn sie ihre Kinder selbst nähren, 5,5 Mark den Monat und unterstützt so jährlich insgesamt 5000 Kinder im Interesse der Säuglingspflege. Ueber $1/_2$ Million



Mark wird für diese beiden Zweige der Säuglingspflege jährlich ausgegeben.

Weiter gehören der „Misericordia“ die Invalidenhäuser für beide Geschlechter, wo auch die Findelkinder vorläufig und in Krankheitsfällen Aufnahme finden; sodann das Hospiz de S. Pedro de Alcantara für 40 weibliche Waisen unter 14 Jahren, eine Ferienkolonie am Strande von Oeiras, 16 km unterhalb von Lissabon, für die Waisen und Findelkinder; Suppenküchen an 3 Stellen der Stadt für über 1100 Arme täglich.

Eine besondere Organisation ist die Unterhaltung von Polikliniken, wo an 3 Stellen des Mittelstückes der Stadt von Morgens um 9 Uhr an bestimmte Aerzte Sprechstunden abhalten; die bettlägerigen Kranken werden im Hause gratis aufgesucht — alles auf Vorzeigen eines bestimmten Ausweises.

Weiter gibt die „Misericordia“ Mietsbeihilfen, Heiratsmitgifte (80 zu je 375 Mark) an weibliche Waisen, die sich innerhalb 3 Jahre verheiraten müssen, ferner 5 „Bem-casadas“-Preise, d. h. 5 Preise von ebenfalls je 375 Mark für solche Waisen, welche, seit 3 Jahren verheiratet sind, in voller Harmonie mit ihrem Ehemanne leben und Kinder haben, dann Begräbniserleichterung, d. h. freien Transport der Leichen zum Friedhof für Arme, endlich allerlei Unterstützungen für Unfälle, Epileptische, Blinde, Tuberkulöse, Sieche usw.

4. Waisenhäuser.

Zu Belem habe ich sodann das Waisenhaus für Portugal „Real Casa Pia de Lisboa“, also ein Staatswaisenhaus, besichtigt. Es ist untergebracht in dem durch seine Architektur (Emanuelstil) weit und breit berühmten Hieronymus-Kloster von Belem, und es gewährt einen eigenartigen Eindruck, wenn man in dem herrlichen, einst so schweigsamen Kreuzgange die ausgelassene Jungenschar hier tollen sieht und noch mehr hört.

Obwohl ich zur angesetzten Zeit allein vom Kongress erschien, übernahm der Direktor selbst in Begleitung eines der 3 Aerzte der Anstalt die Führung.

Zu beschreiben ist wenig. In dem alten Kloster sind die — männlichen — Waisen untergebracht, zu denen sich ein sehr langer Esssaal, Waschräume, Untersuchungszimmer gesellen. Selten werden andere Waisen so architektonisch schöne Räume haben, die übrigens mit praktischer Ventilation versehen sind.



Das Waisenhaus ist zu Ende des 18. Jahrhunderts hier eingerichtet, um der Bettlerplage zu begegnen. Der Unterricht war derartig gehoben — man unterrichtete in Chemie, Anatomie, Sprachen, Festungsbau, Artillerie usw. — dass das Haus den Namen „Plebejer-Universität" erhielt. Zur Zeit sind nur männliche Personen untergebracht und zwar 700. Ausserdem besuchen 300 Waisen, welche in einer Dependance in der Stadt wohnen, im Externat den öffentlichen Unterricht.

Zur Aufnahme gelangen die Knaben im Alter von 6—10 Jahren, zur Entlassung im Alter von 15—18 Jahren, je nachdem.

Die Gebäude sind sehr praktisch hergerichtet.

Die Schlafsäle sind gross, mit mindestens 36 Betten. Ein neuer sehr langer Schlafsaal für 80 Knaben, nebenan mit vortrefflichen Wasch- und Duschräumen, Klosetts, war zur Erweiterung der Anstalt nahezu vollendet; er ist 80 m lang, 8 m breit, 6 m hoch, hat also einen Inhalt von 3940 cbm, sodass auf jeden Knaben volle 48 cbm Luft entfallen! — ein Uebermass. Im Nebenraum sind 18 Duschen, jeder Waisenknabe duscht täglich. Jeder hat auch sein eigenes Waschbecken, Glas, Zahnbürste.

Besonders praktisch ist der grosse Turnplatz im Freien mit vielem Turngerät. Eigenartig waren grosse Spaliere für Uebungen zum Weiten der Brust. Es wird nur im Freien geturnt.

Ein besonderes Krankenhaus ist vorhanden. Es besteht aus einem grossen allgemeinen Krankensaal und einem kleineren für etwaige Infektiöse — dieser primitiv — und einzelnen Nebenräumen. Die Ventilation im Krankensaal ist doppelt: in der Wand und im Dache.

Das Ganze ist sehr geräumig.

Der Unterricht im Hause ist vielseitig und ganz der Begabung und dem Eifer der Knaben angepasst. Hier wurde zuerst in Portugal der Unterricht im Deutschen systematisch betrieben.

Die Knaben werden zu Handwerkern, Gewerbetreibenden, Kaufleuten vorgebildet und in die betreffenden Geschäfte getan; sie werden auch zu Unteroffizieren vorgebildet, sie können zum Gymnasium und Studium bei nötiger Befähigung und Eifer übergehen und erhalten Beihilfen dazu.

Schon manche tüchtige Männer — Aerzte, Ingenieure, Offiziere — erklärte der Direktor mit berechtigtem Stolze, seien aus diesem Waisenhause hervorgegangen.



6. Rotes Kreuz.

Eine Niederlassung besteht in Lissabon, aggregiert dem internationalen Komitee.

Ausserdem gibt es noch zahlreiche Institute allerlei Art, Dispensaires, Hospize, Häuser usw. für Blinde, Taubstumme, verlassene Kinder usw. in Lissabon, die ich nicht besichtigen konnte.

Kapitel VII.

Schulhygiene.

Auch eine Schule habe ich in Lissabon besichtigt, eine Volksschule. Der Unterricht ist obligatorisch für Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren, nach portugiesischen Angaben ist die Zahl der Analphabeten im Lande sehr gross.

Das Schulgebände war einfach, aber praktisch und hygienisch gut. Die Klassenzimmer gross und hell, das Licht von links erhaltend, sauber, gut gelüftet, die Schultischbänke waren unbeweglich, mit Plusdistanz, immer doppelsitzig, die Tische schräg, in den unteren Klassen Mädchen und Knaben zusammen, von einer Lehrerin unterwiesen; der Anschauungsunterricht scheint eine Rolle zu spielen.

Duschen waren nicht vorhanden, wohl aber einige Wannen zum Baden.

Es gibt eine Schul-Sanitätsinspektion in Lissabon, welche sich mit der Besichtigung und Impfung der Schüler, Ausarbeitung von hygienischen Instruktionen, Durchführung hygienischer Einrichtungen usw. in Schulen befasst und insbesondere von 2 angestellten Aerzten der Verwaltung, im weiteren des Subdelegado und des Delegado ausgeübt wird. Das Dekret darüber vom 19. September 1902 findet sich Seite 45 des „Boletin dos serviços sanatarios“ 1902 No. 2.

Kapitel VIII.

Gerichtliche Medizin.

Die Morgue gehört zur Medizinschule, in deren Nähe sie liegt. Hergebracht werden die aufgefundenen Leichen, solche von Selbstmördern und Opfern eines Verbrechens; alle Leichen werden obduziert, und zwar ohne weiteres, wenn innerhalb 24 Stunden nach der Einlieferung von keiner Seite ein Einspruch erhoben wird.



1903 kam es zu 263 Einlieferungen.

Die Anstalt ist einfach, aber ganz praktisch in gewöhnlicher Weise hergerichtet. Ein kleiner Lehrsaal ist vorhanden.

Es besteht für die Beurteilung gerichtsärztlicher Fälle in der oberen Instanz der gerichtsärztliche Rat, zumal bestimmt für die Prüfung der Obduktionsverhandlungen und der Gemütszustandsbegutachtungen, also etwa unseren Medizinalkollegien vergleichbar. Zu den ordentlichen Mitgliedern gehören die Professoren der gerichtlichen Medizin und der pathologischen Anatomie, ein Psychiater und ein analytischer Chemiker; zu den ausserordentlichen die Professoren der allgemeinen Pathologie, Geburtshilfe, der Toxikologie und der organischen Chemie, diese nur nach Bedarf zugezogen. Zur Beobachtung seines Geisteszustandes kann jemand in das Hospital de Rilhafolles überwiesen werden.

Kapitel IX.

Bauhygiene, Strassenhygiene, Kanalisation und Wasserversorgung.

Ueber die Bauart besteht in Lissabon ein besonderes Reglement vom 14. Dezember 1903, auf das hier nicht eingegangen werden kann.

Die Strassen Lissabons sind in gutem Zustande, sauber gehalten.

Ueber die Kanalisation ist nichts Wesentliches zu sagen; denn es besteht noch keine geordnete. Kanäle führen direkt und ohne planmässige Reinigung die Abwässer in den Hafen. Eine geordnete Kanalisation, die Abgänge weiter weg dem Meere zuführend, ist geplant.

Sehr klein ist in Lissabon die Zahl der öffentlichen Bedürfnisanstalten. Für Frauen habe ich solche überhaupt nicht bemerkt.

Die Wasserversorgung Lissabons ist eine doppelte.

Bekannt ist der 30 km lange Aquädukt, welcher, im 18. Jahrhundert erbaut, bald unterirdisch, meist aber oberirdisch hoch oben über Tälern verlaufend und den Reisenden schon lange vor Lissabon in Empfang nehmend, das Wasser aus 4 Becken nach Lissabon führt, täglich 2000—3000 cbm im Winter, 10000 cbm im Sommer. In geschlossenem viereckigen Kanal gelangt das Wasser durch natürlichen Druck in das grosse, 5500 cbm fassende Hochbassin der „Mae d'Aqua", der dem Lissabonbesucher so bekannten „Wassermutter", eines monumentalen Bauwerks, von dessen Dach

man eine der herrlichsten Weitsichten über Lissabon geniesst. Das Wasser erscheint rein, doch ist die auflagernde Staubschicht nicht unerheblich, wie der Raum überhaupt nicht staubarm ist; nach dieser Richtung ist etwas wenig Schutz.

Vom Bassin verteilen 4 grosse Galerien das Wasser weiter in die Stadt. Das Ganze, das rund $22^1/_2$ Millionen Mark gekostet hat, gehört ebenso wie das Folgende einer Privatgesellschaft.

Die zweite Leitung kommt von den Quellen des Aldiellaflüsschens, 114 km von Lissabon bei Santarem, 50 m über dem Meere, in geschlossener Leitung geführt zu dem Hochreservoir in Barbadinhos in Lissabon, von wo das Wasser durch Maschinenkraft auf die höher gelegenen Teile von Lissabon gehoben wird. Diese Leitung ist 1864 bis 1867 erbaut, soll 30000 cbm in 24 Stunden liefern, ja 40000.

1904 wurden von beiden Leitungen nahezu 16 Millionen Kubikmeter Wasser geliefert. Auf Kopf und Tag entfielen gegen 50 Liter. Das Kubikmeter kostete im Mittel 70 Pf.

Die chemische Analyse des Wassers ist gut, aber die Bakterienzahl angeblich 1425 im Kubikmeter; sogar Colibakterien sollen regelmässig gefunden werden (Guide). Dieser Befund ist unverständlich.

Der General-Sanitätsinspektor dagegen erklärte das Wasser für gutes Quellwasser.

Ausser der Leitung gibt es gegen 3000 Brunnen in Lissabon, die, ebenso wie die Zisternen, nur mit besonderer polizeilicher Erlaubnis benutzt werden dürfen.

Im übrigen liegt die Ueberwachung des Trinkwassers und der Abwässerbeseitigung in erster Linie in den Händen des Kreisarztes und des Regierungs-Medizinalrates, ausserdem besteht eine Kommission für sanitäre Verbesserungen, welche zumal bei der Errichtung bezüglicher Einrichtungen in Funktion tritt.

Kapitel X.

Nahrungsmittelhygiene.

In Lissabon, wie überall im Süden, gibt es die grossen luftigen Markthallen, wo alle Esswaren zu haben sind, desgl. Spezialhallen, zumal für Fische. Sie sind verhältnismässig sauber und ordentlich und enthalten zumal an Früchten und Gemüsen wie Fischen eine reichhaltige Auswahl guter Qualität; auch das Fleisch sieht sehr gut aus.



Fische sind ungemein zahlreich und dienen zumal der ärmeren Bevölkerung zur Nahrung, werden aber ausserdem ins Innere des Landes wie nach Spanien eingeführt. Der Wert der 1904 gefangenen Fische betrug rund 20 Millionen Mark.

Für das Fleisch besteht ein von der Stadt festgesetzter Tarif über den nicht hinausgegangen werden darf; der mittlere Preis eines Kilogramms mittelguten Fleisches ist 1,70 Mk. Der durchschnittliche, Fleischverbrauch ist in Lissabon 31,7 kg für den Kopf.

Der Schlachthof mit Viehhof (Matadour) liegt vor den Toren von Lissabon und ist städtisch. Er ist völlig umzäunt und geradezu musterhaft eingerichtet.

Die Ställe der Tiere sind natürlich gesondert, die Rinder, diese kräftigen Exemplare mit den weit über meterlangen Hörnern, bewegen sich in grosser Anzahl im Freien, man passiert ungehindert zwischen ihnen. Nun wird ein Teil der Tiere in den Schlachtraum geführt, wo schon, durch einen Längsgang getrennt, der zu beiden Seiten die offenen Schlachtplätze hat, die frisch getöteten Tiere liegen und abgezogen und zerlegt werden. Die Tötungsart selbst ist vortrefflich. An einem Horn geleitet, folgt das Tier willig und stellt sich in Positur, in demselben Augenblick fährt ein kurzes, zweischneidiges, scharfgeschliffenes Dolchmesser, von sicherer Hand frei geführt, ihm in den Nacken und zerschneidet das verlängerte Mark. Wie vom Blitz getroffen, sinkt das Tier nieder. In demselben Augenblick werden durch einen Schnitt mit breitem, vorn spitzem Messer die grossen Gefässe quer über dem Herzen durchtrennt; das Blut strömt aus in die dafür bestimmte Rinne und läuft in den Keller; das Tier aber ist nach einigen Zuckungen verendet, nachdem es unmittelbar nach dem Stich schon bewusstlos geworden sein muss.

Ich erinnere mich nicht, eine gleich schnelle und sichere Tötung gesehen zu haben.

Nur selten finden sich wildgeartete Tiere, die durch Herzstich oder -schuss getötet werden müssen.

Schweine werden nur im Winter — November bis März — geschlachtet.

Ausserdem kommen zur Schlachtung Kälber, Lämmer, Ziegen.

Die Nebenräume (Kühlräume, Darmwäsche usw.) sind vortrefflich gehalten. Fleischbeschau undTrichinenschau, diese oft durch Frauen, findet natürlich statt.



Besonders durchdacht ist die Beseitigung des Unrates, die in einer höchst beachtenswerten Art und Weise erfolgt. Und zwar ist das Prinzip der Trennung streng durchgeführt. Felle, Hörner, Därme, kurz alles Brauchbare, wird für sich gesammelt, daneben das Unbrauchbare für sich abgeführt. Das Blut läuft für sich in besonderen Rinnen in den Keller, wo es mit einem Bindemittel kompostiert, getrocknet, später gestochen und als Düngemittel verkauft wird. Der Mist wird in kleinen, auf Schienen laufenden Loren durch ein bestimmtes Tor nach aussen gebracht und zur Felddüngung verwandt. Desgleichen werden sonstige Abfälle für sich beseitigt.

Nachdem so alles entfernt und zusammengekehrt ist, bleibt als unreine Flüssigkeit eigentlich nur das Spül- und Scheuerwasser, das in die Kanalisation läuft, und man vermeidet auf diese Weise die grossen Quantitäten blutiger, sehr übler Schmutzwässer sonstiger Schlachthäuser anderswo mit den vielen kompakten Resten, die allen Reinigungsverfahren trotzen.

Mir scheint das Lissaboner Verfahren sehr nachahmenswert.

Der Direktor Senhor Joaquim Ignacio Ribeiro, Lente de Instituto de Agronomia e Veterinaria (also Professor), liebenswürdig wie alle Portugiesen, hatte die grosse Freundlichkeit, mir aus seinen Büchern einige Daten zu notieren zu gestatten. Nämlich: 1904 wurden unter 21045 geschlachteten Schweinen 6 trichinös befunden, davon stammten 4 aus Spanien, das wegen seiner Trichinen gefürchtet ist. 1905 wurden von 31218 geschlachteten Rindern 136 kondemniert, darunter 103 als tuberkulös = 0,33 pCt. Von 17651 Kälbern wurden 22 verworfen, darunter 15 als tuberkulös = 0,085 pCt.

Von 68462 Schafen waren 14 wegen Tuberkulose zu verwerfen = 0,02 pCt. Von 19902 Schweinen wurden 30, davon 14 wegen Tuberkulose kondemniert = 0,07 pCt.

Da sich erwies, dass das Dekret vom 7. Februar 1889 betreffend das „Regulamento geral de Saude pecuaria“ (also das allgemeine Reglement über das Tiergesundheitswesen) nicht im Buchhandel zu haben war, so hatte der Herr Direktor später auf eine Anfrage hin noch die Güte, mir ein solches sehr interessantes und wichtiges Exemplar, das ja allerdings die mittlerweile ergangenen Zusätze nicht enthält, zu dedizieren, das Kunde gibt von dem sorgfältigen Arbeiten der Portugiesen.

Der Jahreskonsum an Milch soll in Lissabon im Durchschnitt 30 l für den Kopf betragen (Guide). Die Milch ist teuer. Kuh-



milch kostet 35—50 Pfg. das Liter, Schaf- und Ziegenmilch, seltener, bis 75 Pfg. Der im Süden übliche Brauch, das Milchvieh, Kühe wie Ziegen, in der Stadt vor das Haus zu treiben und dort auf der Strasse ad hoc melken zu lassen, ist auch in Lissabon; er hat bekanntlich mancherlei Nachteile, so auch den, dass bei dem Strapazieren der Kühe die Milch immer dünner wird; man sprach im hygienischen Laboratorium von einem gelegentlichen Fettgehalt von nur 0,1 pCt. (siehe oben Kap. IV). Andererseits ist der Vorteil der, dass die Milch keinen Transport durchzumachen hat, daher nicht so rasch verdirbt. Man ist aber in Lissabon noch einen Schritt weiter gegangen, man findet dort in der Stadt in den belebtesten Strassen von Zeit zu Zeit Vaccarias, d. h. Kuhställe: vorn an der Strasse ein Laden für den Ausschank der Milch, daran unmittelbar anstossend ein Stall mit dem nötigen Milchvieh, 3—6 Stück, die von der Strasse aus auch gesehen werden können, auch Nebenräume. Kommt ein Kunde, so wird für ihn die Milch frisch gemolken. Das Ganze machte immer einen sehr sauberen Eindruck — der Stall, das Vieh selbst, das Gerät und die Leute, die in weisse Leinenkittel gekleidet sind.

Für diese Vaccarias bestehen besondere Bestimmungen. Das Vieh darf nicht länger als 6 Monate in solchem Stadtstall sein; es wird regelmässig registriert, erhält eine kleine Metallmarke mit Nummer am Ohr, wird nach genauen Anordnungen kontrolliert und nach Bedarf tuberkulinisiert.

Ich habe immer, wie bereits bei den Krippen (Kapitel II) angedeutet, die Meinung vertreten, dass ein gewisses Rückverlegen von Kuhställen in die Städte eine hygienische Tat sein könne, um allen den Massnahmen und Unannehmlichkeiten, welche mit dem weiten Milchtransport und dem Haltbarmachen der Milch verbunden sind, in gewissem Grade aus dem Wege zu gehen. Wo ich mit dieser Meinung anklopfte, hatte man Gegengründe. Vielleicht bemächtigt sich einmal jemand der Materie, der auf diesem Gebiete als Organisator aufzutreten geeignet und gewillt ist. Die Lissaboner Vaccarias haben mir sehr gefallen und würden sich, wie manches andere da, wohl zum näheren Studium eignen, z. B. seitens solcher Städte, deren Milchbezug auf Schwierigkeiten stösst. Die Sache dürfte im Auge zu behalten sein.

In erster Linie dürfte sich diese Milchbeschaffung für Krippen, Kinderkrankenhäuser, Säuglingsheime eignen; man melkt das Vieh, so oft man die Milch braucht, und verabfolgt sie stets frisch.



Im übrigen darf in Portugal als Milch nur bezeichnet werden die Kuhmilch, wie sie vom Tiere kommt, ohne jeden Zusatz oder Abzug. Ziegen-, Lamm-, Eselinnenmilch, entrahmte, gemischte Kuhmilch muss als solche auf den Gefässen bezeichnet oder zum mindesten im Augenblicke des Verkaufens als solche dem Käufer genannt werden. Als Grundlage für die Zusammensetzung der reinen Kuhmilch wird angenommen:

8,5 pCt. Trockenrückstand,
3,0 „ Fett.

Zur Konservierung der Milch kommt Abkühlung, Kochen und Pasteurisierung zur Anwendung.

Für Butter gilt die korrespondierende Deklaration wie für Milch, sonst muss besondere Bezeichnung eintreten. So für Kunstbutter natürlich.

Die Herstellung der Margarine ist besonders geregelt. Die Fabrik muss auf einem Aushängeschild bekannt geben, woraus die Margarine hergestellt wird, und darf als Fett nur frischen Rindertalg aus öffentlichen Schlachthäusern verwenden. Mehr Fabriken, als jetzt existieren, dürfen in Portugal nicht errichtet werden. Sobald diese Fabriken ihre Fabrikation zu Gunsten von Butter, Käse, kondensierter Milch ändern sollten, werden sie für 10 Jahre von jeder Steuer befreit.

Wegen der Einfuhr ausländischer Margarine bestehen besondere Bestimmungen.

Der Brothandel ist sehr genau geregelt. Die Zahl der Bäckereien in Lissabon ist auf 250 festgesetzt, es herrscht also auch hier keine Gewerbefreiheit. Bestimmte sanitäre Bedingungen sind den Bäckern auferlegt, der Aufenthalt jedes Kranken oder Krankheitsverdächtigen in den Räumen der Bäckereien ist ebenso verboten wie die Benutzung von Brunnen und Cisternen für die Herstellung von Brot. Endlich setzt ein Gesetz fest, welche Brotarten hergestellt werden dürfen, auch aus Mais und aus Roggen; „Familienbrot“ und „Gebrauchsbrot“ muss bereitet werden, ersteres darf nicht über 40 Pfg., letzteres nicht über 35 Pfg. kosten.

Ueber Tee, Kaffee, Schokolate usw. bestehen besondere Bestimmungen.

Die Ueberwachung und Untersuchung der Esswaren ist in Portugal sehr eingehend geregelt, desgl. das Verfahren bei Verdacht der Verfälschung. Hier sind, sofern nicht bona fides erwiesen wird,



sehr energische Massnahmen neben der Bestrafung möglich: 8tägiges Aushängen eines Extraktes des Urteils über der Tür des Geschäftes, Publizierung der Namen der Fälscher in einer besonderen Liste in dem offiziellen Blatte, Verbot des Verkaufs von Esswaren während eines Jahres oder, wenn die Verfälschung der Gesundheit schädlich gewesen war, für immer.

Zum Handel mit Esswaren ist im Uebrigen eine Erlaubnis nötig. Die Besitzer dieser Erlaubnis dürfen im Laboratorium des hygienischen Instituts in Lissabon ihre Esswaren zum halben Preise des sonst für das Publikum geltenden Tarifs untersuchen lassen.

Kapitel XI.

Gewerbehygiene.

Hier habe ich nur wenig gesehen, Uebersetzen aus bezüglichen Büchern dürfte sich aber erübrigen.

Die Kinder- und Frauenarbeit ist bereits 1891 geregelt, anschliessend an die internationale Konferenz zu Berlin 1890.

Ueber die Verpflichtung von Fabriken zur Unterhaltung von Krippen ist schon bei diesen (Kapitel II) berichtet.

Unfallverhütungsvorschriften sind vorhanden. Die Gewerbeinspektoren haben in ihren Rapporten anzugeben, was die Fabrikbesitzer den zu Unfall gekommenen Arbeitern bezahlen. Von 1882 bis 1902 sind in Lissabon über 6000 Betriebsunfälle gezählt worden (Guide).

Zur Schlichtung von Streitigkeiten und Festsetzung geeigneter Bedingungen (Lohn, Nachtarbeit, Arbeitsstunden, Sonntagsruhe usw.) ist ein Tribunal dos arbitras avindores = Schiedsgericht gebildet, bestehend aus einem vom Staate ernannten Präsidenten und Vizepräsidenten sowie aus 10 Mitgliedern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Kranken- und Unfallkassen gibt es zahlreich in Portugal und zumal in Lissabon; es sind private freiwillige Institute. Diejenige, die ich besuchen wollte (ökonomische Arbeiterkasse), und zwar gemeinsam mit dem Regierungs- und Medizinalrat (Delegado) aus Vizeu, fanden wir verschlossen, obwohl wir während der Bureaustunden kamen. Sie soll, wie viele von ihnen, nicht florieren.



Andere wieder sind sehr reich. So hat die Krankenkasse der Handels- und Gewerbetreibenden rd. 3900 Mitglieder und ein Vermögen von rd. 1 Million Mark, die Einnahmen betrugen in den letzten 10 Jahren rd. $1^1/_4$ Millionen Mark, die Ausgaben 1 Million Mark (Guide).

Strafgelder wegen unterlassener Unfallvorschriften fliessen in die Unfallkasse. Ein derartiges Privatunternehmen ist genannt „Mealheiro de viuvas e orphas dos operarios que morrevem de desastre" = „Sparbüchse der Witwen und Waisen der infolge von Unfall verstorbenen Arbeiter".

In Lissabon wurden bei der letzten Statistik nach dem „Guide medical" 199 Vereinigungen gegenseitiger Hilfe mit im Mittel 102 Mitgliedern und mit einem Gesamtvermögen von 1 600000 Mark gezählt. Im selben Jahr war die Zahl der Kranken 26711 und der Toten 1406. An 700000 Mark wurden an Unterstützungen, 200000 Mark an die Aerzte, 410000 Mark an die Apotheker und 35000 Mark für Begräbnisse bezahlt. Fast alle diese Vereinigungen haben zum Zweck freie ärztliche Hilfe, freie Medizin, Unterstützung während der Krankheit und im Falle der Verhaftung, Hilfe den Hinterbliebenen. Die Aerzte klagen über zu geringe Bezahlung; sie erhalten manchmal 50 Mark den Monat, ja, angeblich auch nur 25 Mark.

Diese Gesellschaften dürfen sich erst bilden, wenn ihre Statuten von der Regierung genehmigt sind, und sie stehen fortwährend unter der Aufsicht des Präfekten. Sie dürfen keine eigenen Apotheken haben, aber sich zusammenschliessen, um solche zu halten. In den Fällen von Epidemien gibt der Staat eine Unterstützung.

Ein Dekret für Alters- und Invalidenpensionen an Arbeiter ist vor 10 Jahren ergangen, aber noch nicht in Kraft getreten. Die Zahl der Kassen hierfür ist sehr beschränkt.

Kapitel XII.

Medizinalpersonal.

1. Aerzte

Die Stadt Lissabon hat bei einer Bevölkerung von 376 000 Einwohnern 276 Aerzte (darunter 3 oder 4 Aerztinnen) = 1 : 1361. Auch in Portugal besteht die Neigung der Aerzte, tunlich in grossen Städten sich niederzulassen.

In der letzten Zeit soll das medizinische Studium etwas abgenommen haben.

An Aerztinnen gibt es 13 in ganz Portugal, darunter 3 Schwestern.

Ausländische Aerzte müssen, wenn sie sich niederlassen wollen, das portugiesische Staatsexamen machen und dazu über 800 Mk. zahlen, d. h. dieselbe Summe, welche die portugiesischen Studenten während ihrer Studienjahre gezahlt haben.

Die gesetzlichen Bestimmungen für die praktischen Aerzte sind recht eingehend.

Sie müssen sich anmelden bei ihrer Niederlassung bei Vermeidung einer Strafe von 100 Mk.

Sie müssen in Notfällen und in allen Fällen, in denen das Gesetz es verlangt, Hilfe leisten — Strafe 2 Monate bis 1 Jahr Gefängnis und Geldstrafe bei Zuwiderhandlungen.

Bis 6 Monate und Geldstrafe erhält, wer als Arzt ein Berufsgeheimnis preisgibt.

Zu den Pflichten der Aerzte gehört auch der Anzeigezwang ansteckender Krankheiten, Ausstellung der Totenscheine und Mithilfe bei Unterdrückung von Epidemien. Wie weit diese Art Verpflichtung geht, ist mir nicht bekannt geworden.

Eine Gebührenordnung für Aerzte gibt es in Lissabon nicht; es entscheidet der Brauch. Eine Visite kostet — von Armen abgesehen (s. vorne Kapitel I) — 5 bis 11 Mk., je nach der Stellung des Arztes und des Patienten. Die Durchschnittseinnahme eines praktischen Arztes soll jährlich 4000 Mk. sein, während die Konsultierenden, die Chirurgen und Spezialisten bis zu einer Jahreseinnahme von 60 000 Mk. kommen. Eine Laparotomie kostet z. B. 2000—3200 Mk. (Guide).

Kontraktlich engagierte Aerzte erhalten oft ein nur geringes Pauschale, so insbesondere jüngere Aerzte bei Krankenkassen, welche einen Besuch im Durchschnitt oft mit nur 15—25 Pfg. bezahlen sollen. Die Kassenärzte klagen ausserdem über ungünstige Behandlung und Willkür und beginnen dieselben Kämpfe, die bei uns im Gange sind.

Auch die Aerzte zahlen staatliche Berufssteuern, und zwar schwankt die Steuer zwischen 40 und 240 Mk., je nach der Bedeutung der Gemeinde. Der Staat zieht aber aus den Gemeinden nur die Gesamtsummen ein und gestattet in Gemeinden mit mehr als 20 Aerzten, dass diese Gesamtsumme auf die einzelnen durch



eine von der Aerzteversammlung (Gremio) selbst gewählte Kommission nach Massgabe ihrer Einnahmen auf die einzelnen Aerzte verteilt wird. Die Steuern beginnen erst 2 Jahre nach abgelegtem Staatsexamen.

Für Lissabon wird angegeben für 242 dortige Aerzte:

40	zahlen	bis 110	Mk.	jährlich
90	"	110—220	"	"
80	"	220—440	"	"
20	"	440—880	"	"
12	"	über 800	"	"

Die soziale Stellung der Aerzte wird als gut und geachtet angesehen. Unter 150 Deputierten der Kammer pflegen 20 und mehr Aerzte zu sein. Gegenwärtig ist (oder war) ein Arzt (Professor in Lissabon) Marine- und Kolonialminister.

In Lissabon gibt es 2 ärztlich-wissenschaftliche Vereine. Die eine Gesellschaft erstreckt sich über ganz Portugal und verfolgt im wesentlichen Standeszwecke: Aufbesserung des Standes, Verteidigung der Standesinteressen, Bekämpfung der Kurpfuscherei, Organisation einer Sparkasse. Die andere mit dem Motto „Pro incolumitate civium" beschäftigt sich mehr mit öffentlichen Angelegenheiten, zumal auf dem Gebiete des Sanitätswesens, und wird gelegentlich auch von der Regierung befragt. Vor 5 Jahren hatte sie Gratiskonsultationen in der Stadt eingerichtet; jetzt beschäftigt sie sich mit Propaganda für die Impfung, die Tuberkulosebekämpfung u. dergl. m.

Die Königliche Akademie der Wissenschaft zu Lissabon verteilt 2 Preise, auch für Medizin, darunter auch einen Alvarenga-Preis, der an unseren gleichnamigen Preis in Berlin erinnert. Im Anfange des 18. Jahrhunderts hatte die Akademie einen Impfdienst während mehrerer Jahre eingeführt.

In Portugal gibt es 7 medizinische Zeitschriften, die zu einer Vereinigung in Lissabon zusammengeschlossen sind, welche Mitglied der internationalen Assoziation ist (Guide).

Wie Pfuscherei überhaupt, so ist auch Kurpfuscherei in Portugal verboten, d. h. aber nur, wenn sich der Kurpfuscher „ohne Grund die Qualität des Sachverständigen oder Diplomierten anmasst"; Strafe 6 Monate bis 2 Jahre und Geldbusse.

Eine Untersuchung seitens der portugiesischen ärztlichen Gesellschaft ergab, dass 1900 in Portugal 23 fremde Aerzte ohne portu-



giesisches Diplom praktizierten, dass etwa 160 Kurpfuscher vorhanden waren, und dass es 3 Schulen für solche gab, von denen eine sich „Universität“ nannte!

2. Zahnärzte.

Die meisten sind Aerzte; doch werden auch andere Personen zum Unterricht in den Medizinschulen unter bestimmten Bedingungen zugelassen.

3. Apotheker.

Die Apotheker studieren an den 3 Medizinschulen und müssen 3 Examina machen; ihre Zahl in Portugal ist 1541. In Lissabon zählte ich im Adressbuch 189 Apotheken, darunter 13 homöopathische. Bei 376 000 Einwohnern kommt also rd. 1 Apotheke auf 2000 Einwohner. Die Apotheker klagten über die Niederlassungsfreiheit, die übrigens nach der Auskunft eines Delegado de saude nicht absolut, sondern an eine gewisse Erlaubnis der Regierung geknüpft ist. Trotz der Klagen fanden sich auch Apotheker fremder Nationalität in Lissabon.

Die Einrichtung der Apotheken entspricht im ganzen derjenigen der unserigen, wie wohl in der ganzen Welt, soweit meine Kenntnis reicht; nur ist sie im ganzen einfacher und eingeschränkter bezüglich der Art dieser Räume; und kann man vielleicht sagen, dass die portugiesischen oft etwas reichlich allerlei Waren führen, die im allgemeinen in Apotheken bei uns nicht erhältlich sind, doch ist das auch in Lissabon nicht überall gleich; und es gibt auch anderswo Apotheken verschiedener Stufen.

Dass auch in Portugal vielfach die Annahme besteht, die Apothekerkunst habe einen besonders goldenen Boden, geht aus dem portugiesischen Sprichwort hervor: die Apotheker verständen es, aus 12 Litern Wasser 1 Pfund Gold zu machen.

Die Revisionen der Apotheken durch den Kreisarzt und weiter durch den Regierungs- und Medizinalrat und einen Pharmazeuten erscheinen den unserigen gleich; sie sollen jährlich erfolgen, doch nicht immer besonders genau genommen werden.

Gegen Geheimmittel sind die Bestimmungen scharf. Nach dem „Guide“ muss der Verkauf eines jeden Geheimmittels erst von der Regierung erlaubt und die Erlaubnis publiziert sein. Wer eines zum Verkauf bringen will, hat es beim Minister des Innern anzumelden und 350 Mk. sowie eine Probe nebst Deklaration der Zusammen-



setzung und der Indikation einzureichen. Dann wird das Mittel chemisch untersucht und vom schon genannten „Obersten Gesundheitsrat“ begutachtet, und darnach wird entschieden. Fremde Geheimmittel von Ruf dürfen ohne chemische Nachprüfung zugelassen werden. So fand ich z. B. die bekannte Scottsche Lebertran-Emulsion.

Die Spezialitäten unterliegen einer Stempelsteuer von 20 Pfg., wenn sie ausländische sind, und von 5 Pfg., wenn sie inländischen Ursprungs sind.

Unter den Aerzten stehen die Apotheker im Rufe des unbefugten Kurierens, und manche Reklame scheint dafür zu sprechen, dass wenigstens kuriert wird. Ob es bestimmt verboten ist, ist mir nicht ganz klar geworden.

Die Drogerien haben nach Zahl und Inhalt offenbar für den Arzneimittelverkauf in Lissabon nicht im entferntesten die Bedeutung wie bei uns; was ich sah, waren fast durchweg nur kleine Läden ohne deutlichen Medizin- oder Hausmittelhandel.

4. Hebammen.

Bedürfen ähnlicher Zeugnisse wie bei uns, müssen wenigstens 20 Jahre alt sein und 2 Jahre in einer der Medizinschulen lernen, 2 Examina machen.

5. Krankenwärter.

Sie sind Laien und Ordensbrüder bzw. -schwestern. Schulen gibt es nicht; nur haben 2 Aerzte am Krankenhaus von S. José in Lissabon einen zweijährigen Kursus eingerichtet.

Allgemeine Schlusssätze.

Ueberblicke ich zusammenfassend das Vorstehende, so möchte ich folgende allgemeine Schlusssätze daraus aufstellen:

I. Es herrscht in Portugal und speziell auch in Lissabon ein reges medizinisches und hygienisches Interesse. Man verfolgt, wenn auch wichtiges Selbständiges zunächst nicht geschaffen ist, die Fortschritte in anderen Ländern, darunter wesentlich auch in Deutschland, und sucht mit Energie und Geschick sich diese Fortschritte nutzbar zu machen wie mit ihnen im Sanitätswesen überhaupt Hand in Hand zu gehen.

So ist insbesondere auch die Seuchenbekämpfung in durchaus moderner Weise vorgesehen, was, zumal mit Rücksicht auf den See-



verkehr, auch dem übrigen Europa, also in gewissem Grade auch Deutschland, zugute kommt.

II. Die Verlegung des XV. internationalen medizinischen Kongresses nach Lissabon hat augenscheinlich diese Bestrebungen ganz wesentlich gefördert und mancherlei schaffen geholfen, was sonst vielleicht noch nicht gekommen wäre; denn es ist zweifellos kein Zufall, dass Einrichtungen wie die Neue Medizinschule, das Zentraldispensaire der Antituberkulosegesellschaft, die Seedesinfektionsanstalt, das Hospital do Rego für infektiöse Kranke, das Lactario gerade zur Eröffnung des Kongresses fertig gestellt waren. Es ist dies also ein deutlicher günstiger Einfluss derartiger Kongresse.

III. Die Kostspieligkeit mancher sanitärer Einrichtungen muss umsomehr auffallen, als Portugal ein bekanntermassen armes Land ist. Obwohl vielleicht mancher Hygieniker sich auf den Standpunkt stellen wird, dass nichts, was für die Gesundheit aufgewendet werde, überflüssig oder auch nur zu teuer sein könne, wird man sich des Eindrucks nicht erwehren können, dass manchmal doch vielleicht zu reichlich gegeben, wenn nicht gar verschwendet werde.

Das eklatantste Beispiel hierfür ist das für $1^1/_2$ Millionen Mark aus Stein und Eisen erbaute Seehospiz Santa Anna zu Parede bei Lissabon für skrophulöse Kinder und krebs- und gichtkranke arme Sieche, insgesamt 100 Betten zu je 16000 Mk. — ein verfehltes Unternehmen, das ja auch von den portugiesischen Aerzten getadelt wird.

Zweifellos ist auch das Zentraldispensaire für die Tuberkulösen, die See-Desinfektionsanstalt und selbst das schöne Hospital do Rego in Lissabon teils in einer Ausstattung teils in einer Grösse hergerichtet, die doch wohl nicht unbedingt nötig erscheinen dürfte, ebenfalls der neue Schlafsaal mit seinem erheblichen Luftraum für die Waisen in der Casa Pia zu Lisboa ist zu weitgehend.

Die reichliche staatliche Unterstützung der Bestrebungen gegen die Tuberkulose ist sehr lobenswert, aber doch vielleicht finanziell auch auffallend erheblich. Man denke nur an den jährlichen Staatszuschuss von 80000 Mk. für ein Land wie Portugal! Und dazu kommen noch andere staatliche Unterstützungen!

Auch die finanzielle Behandlung der in die Quarantäneanstalten Eingelieferten erscheint alles andere als knauserig.

IV. Die Verwaltung einschliesslich der begutachtenden Körperschaften wie die Gesetzgebung erscheinen in Portugal in bezug auf



die Zahl und Art der Beamten, die Gesetze auch auf den Inhalt der Bestimmungen sehr detailliert, letzte vielleicht manchmal selbst recht streng, wenn auch offenbar nicht immer in voller Strenge durchgeführt. Augenscheinlich steht auch hier wohl Manches nur auf dem Papier. So fällt es z. B. doch auf, dass trotz der durchaus entgegenstehenden Bestimmungen sich bei einer Enquete herausstellen konnte, dass sich 23 Aerzte ohne giltige Approbation in Portugal aufhielten und praktizierten und die Kurpfuscherei blüht, und dass trotz der bestimmten Anzeigeverpflichtungen die Zahl der Tuberkulösen nicht im Entferntesten bekannt ist.

Auf der anderen Seite fehlen wichtige Organisationen. So fehlt Gewerbefreiheit trotz der freien politischen Verfassung des Landes; es fehlt aber auch jede staatliche Fürsorge für kranke, zu Unfall gekommene, invalide und alte Arbeiter; in letzter Beziehung ist ein Dekret seit 1896 vorhanden, aber es ist noch nicht in Kraft getreten.

Und man sieht Impfung und Wiederimpfung vor, man hat ein bakteriologisches Institut, das die Lymphe herstellen soll; aber man stellt sie nicht her, obwohl man die Pocken im Lande hat und sie stets neu von Brasilien eingeschleppt zu erhalten fürchtet.

V. In der Sanitätsverwaltung erscheinen die Medizinalbeamten als selbständige Einzelbeamte und mit eigener Rangordnung in sich, etwa wie es bei uns im Armee- und Marine-Sanitätsoffizierkorps der Fall ist; also eine andere Organisation als bei uns, wo — ausser dem Kreisarzte — die Medizinalbeamten keine selbständigen Beamten, sondern lediglich Ratgeber (Referenten) in Ministerium und Regierungen sind. Die Meldungen über ansteckende Krankheiten gehen in Portugal an den Kreisarzt, der nach mancher Richtung selbständig vorgehen kann. Verfasser betrachtet diese Organisation in Portugal, welche derjenigen auch in anderen Ländern entspricht, als etwas Gutes sowohl im Interesse der Medizinalbeamten wie insbesondere im Interesse der Allgemeinheit und der Vereinfachung des Geschäftsverkehrs. Sie dürfte bei etwaiger Weiterführung unserer begonnenen Medizinalreform zu berücksichtigen sein. Ansätze zu Aehnlichem haben wir ja schon in der Organisation unserer Gewerbeaufsichtsbeamten wie im Kreisarztgesetze.

VI. Von sonstigen Portugal eigentümlichen beachtenswerten sanitären Eigenschaften und Bestimmungen hebe ich hervor:

1. Die Ausbildung und Anstellung besonderer Sanitätsingenieure.



2. Das fortlaufende Führen von Besichtigungsbüchern für von den Kreisärzten zu kontrollierende Anlagen.

3. Manche Bestimmungen gegen die Tuberkulose, so z. B. über die Anzeigepflicht, die Absonderung und Desinfektion (nach Umzug und Tod), auch besonders in Hotels und Privatpensionen, das Verbot der Verwendung Tuberkulöser im Esswarenverkauf usw., kurz die völlige Behandlung der Tuberkulose als übertragbare Krankheit in sanitärer Hinsicht, das tatkräftige und zielbewusste praktische Vorgehen der Tuberkulosegesellschaft in Lissabon, das Einschreiten gegen das unerzogene wahllose Auswerfen, die tatkräftigen Heilungsversuche an den Skrophulösen in Sanatorien mit langer Behandlungsdauer, in gewissem Grade auch die gesetzliche, staatliche, kommunale und sonstige Subvention des Kampfes gegen die Tuberkulose.

4. Einzelnes in der Regelung des Prostitutionswesens, z. B. die Belehrungen, das Untersuchen der Dienstmädchen in öffentlichen Häusern etc.

5. Die systematische Vertilgung der Ratten in Lissabon durch Leute mit Katzen auf kommunale Kosten, die zwar nicht neu, aber der Erinnerung wert ist.

6. Die Durchbildung des Desinfektionswesens und der Desinfektionsanstalten in Lissabon, dabei die Verwendung der schwefligen Säure, die vielleicht mehr Vorteile hat, als anderswo geglaubt wird, event. die Einrichtung von Drehwerken für die aufgehängten Sachen dabei und bei Formalin, deren Anwendung der Nachprüfung wert erscheint.

7. Die, wenn vielleicht auch etwas weitgehende, immerhin aber im ganzen vortreffliche Anlage und der auch bezüglich des Personals zweckentsprechend durchgeführte Betrieb im Hospital do Rego für ansteckende Kranke. Der Automobilbetrieb für den Transport der Speisen ist vielleicht billiger und zweckmässiger als die Schienenanlage sonst in derart grossen Krankenhausanlagen.

8. Auch die neuen Seehospize zu Outao und Carcavellos und selbst zu Sant Anna bieten mancherlei durchaus Beachtenswertes, z. B. Spiritus-Sputumdesinfektionsapparate, Bettunterlagen mit weichem Maisstroh, die gewölbten Decken u. dgl. m.

9. Die Zentralisierung der Diphtheriebehandlung im bakteriologischen Institut zu Lissabon.

10. Gewisse allgemeine Verordnungen gegen die Verbreitung übertragbarer Krankheiten, so insbesondere diejenige betreffs Bei-

bringung ärztlicher Atteste über das Freisein davon seitens der Dienstboten, Verkäufer von Esswaren, Bäcker, Kuhhälter.

11. Das Töten der Rinder im Schlachthause mit Genickstich und die vortreffliche Beseitigung der Abgänge unter ihrer systematischen Trennung ebenda.

12. Einrichtung und Betrieb von Kuhställen in der Stadt, die den Transport und damit die Sterilisation der Milch leichter entbehrlich machen, zumal für Säuglingsanstalten (Lactarios, Krippen) empfehlenswert; ferner die näheren Bestimmungen über derartige städtische Kuhställe.

13. Einiges in dem zielbewussten Vorgehen gegen Nahrungsmittelfälscher, so ausgiebige Publikation von Verurteilungen, Deklarationspflicht (Margarine, Milch, Butter).

14. Die Verpflichtung gewerblicher Anlagen, ihrerseits, sofern sie mehr als 50 Frauen beschäftigen, eine Krippe für deren Kinder einzurichten.

15. Auch die hochentwickelte Waisenpflege in der Institution der Casa pia mit ihrem weitgehenden Lehrplan und ihrer Sorge in der Körperpflege (regelmässiges Duschen, Turnen im Freien, Brustausdehnungsübungen unter Hängen am Spalier).

16. Die „Bemcasadas-Preise" an wohlverheiratete weibliche Waisen.

17. Die Prinzipien, durch Gewährung pekuniärer Vorteile (z. B. Steuererlass) zum Vorgehen im Interesse der Allgemeinheit und Hygiene anzuregen (z. B. hygienische Einrichtungen zu schaffen, event. die Margarinefabrikation zu unterlassen u. dgl. m.) sowie die Strafgelder im Interesse desjenigen Gebietes der Verwaltung zu verwenden, in dem sie entstanden sind, wie das auch anderwärts, z. B. in Italien, geschieht, also event. zu Gunsten hygienischer Einrichtungen, im Sinne der Tuberkulosebekämpfung, zu Gunsten zu Unfall Gekommener usw.

18. Die Arbeiterschiedsgerichte.

19. Die relative Niederlassungsfreiheit der Apotheker und die damit verbundene Niederhaltung der Medizinaldrogerien.

20. Die grossartige Wohltätigkeitsorganisation der Misericordia.

Soviel steht fest:

In Portugal und speziell auch in Lissabon ist auf hygienischem Gebiete mancherlei Originelles, Gutes und der Verpflanzung in andere Länder wohl Wertes zu finden. Das nähere Studium derartiger Einrichtungen kann im Interesse der Allgemeinheit nur empfohlen werden.

Und wer sich beim 15. internationalen medizinischen Kongress damals mit offenen Augen gehörig umgesehen hat, wird — abgesehen von den Verhandlungen auf diesem selbst — nicht ohne Anregungen auf sanitärem Gebiet aus Portugal heimgekehrt sein.

Verfasser aber hat aus dieser Reise erneut die Ueberzeugung heimgebracht, wie nützlich es doch für unser Vaterland wäre, wenn zum eingehenden örtlichen Studium des Eigenartigen auf hygienischem und medizinischem Gebiete in fremden Ländern zu unseren diplomatischen Vertretern im Auslande gleich anderen schon vorhandenen technischen Vertretern, z. B. der Landwirtschaft, des Militärs und der Marine, sich recht bald auch hygienische oder medizinische Attachés oder Vertreter gesellen möchten, sei es dauernd oder sei es zunächst nur vorübergehend. Sehr erfreuliche Anfänge derartiger Studien sind ja neuerdings bereits durch die mit staatlicher Unterstützung erfolgende Entsendung von Medizinalbeamten in andere Länder gemacht worden. Möge sich dieses Verfahren weiter ausbilden!



3.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Dänemark.

Von

Dr. **Rapmund**, und Dr. **Herrmann**,
Reg.- und Geh. Med.-Rat in Minden. Med.-Rat u. Kreisarzt in Bitterfeld.

---

1. Die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens und der Gesundheitsbehörden in den verschiedenen Instanzen.

Die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens schliesst sich in Dänemark ebenso wie in den meisten anderen Staaten fast genau an die der staatlichen Verwaltungsbehörden und der Selbstverwaltungsorgane an; den letzteren sind jedoch gerade auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege sehr erhebliche Rechte eingeräumt, namentlich ist dies in der unteren Instanz der Fall. Massgebend dafür sind die Gesetze vom 11. Februar 1863 und vom 23. Dezember 1865 über die Ordnung der kommunalen Angelegenheiten in den Städten, sowie das Gesetz vom 6. Juli 1867 für die Landgemeinden und vor allem die Gesetze vom 12. Januar 1858, 29. Dezember 1862 und 28. März 1868 über die örtlichen Gesundheitsvorschriften und Gesundheitskommissionen.

1. Oberste Instanz des Gesundheitswesens. Die oberste Leitung und Oberaufsicht des öffentlichen Gesundheitswesens ruht in der Hand des **Justizministers**, zu dessen Ressort nicht nur die Rechtspflege, sondern auch das Polizeiwesen gehört. Dagegen ist ihm das medizinische Ausbildungswesen nicht unterstellt; dasselbe ist vielmehr ebenso wie die diesem Zwecke dienenden staatlichen Krankenanstalten und die auf Stiftungen beruhenden derartigen Anstalten dem Kultusministerium untergeordnet, soweit diese nicht als Armenanstalten zum Ministerium des Innern gehören, das die oberste Instanz für alle kommunalen Angelegenheiten und demzufolge auch

für die öffentliche Armenpflege bildet. Das Veterinärwesen und die Ueberwachung des Verkehrs mit Fleisch sind dem Landwirtschaftsministerium unterstellt.

Während für die einzelnen Verwaltungszweige eines Ministeriums auch in Dänemark meist besondere Abteilungen (Departements) unter Leitung eines Abteilungschefs oder Abteilungsdirektors vorgesehen sind, ist dies betreffs des Medizinalwesens nicht der Fall. Für dieses besteht im Justizministerium keine besondere Abteilung mit einem eigenen Direktor, sondern es ist dem Justizminister auf Grund des Königlichen Reskriptes vom 13. Mai 1803 nur eine beratende Behörde, das Königliche **Gesundheitskollegium** (det Kongelige Sundhedskollegium) beigegeben, das sich aus 10 ärztlichen Mitgliedern zusammensetzt, denen in Apothekenangelegenheiten 2 pharmazeutische Assessoren beitreten. Die Mitglieder werden vom Könige ernannt; ihre Stellung ist eine ehrenamtliche. Unter ihnen befindet sich in der Regel der Generalarzt der Armee, der Stadtarzt von Kopenhagen, der Professor der gerichtlichen Medizin, sowie je ein Professor der Chirurgie, inneren Medizin und Geburtshilfe der Kopenhagener medizinischen Fakultät und seit 1880 ein staatlicher Gesundheitsbeamter aus den Landesdistrikten. Der Vorsitzende des Gesundheitskollegiums, Dekan genannt, wird seit 1888 auf 6 Jahre gewählt; er leitet mit Hilfe eines Dekanatssekretärs (Arzt) und eines Expeditionssekretärs (Jurist), die beide nicht Mitglieder des Gesundheitskollegiums sind, dessen Geschäfte[1]). Nach der Instruktion vom 15. Juni 1813 umfasst der Geschäftskreis des Gesundheitskollegiums alle medizinal- und sanitätspolizeilichen Angelegenheiten; ausserdem ist es die oberste gutachtliche Behörde in gerichtlich-medizinischen Fällen. Der Verkehr seiner Mitglieder unter einander ist meist ein schriftlicher, nur bei wichtigeren Vorlagen treten die Mitglieder zur mündlichen Besprechung zusammen; diese Sitzungen werden dann im Bureau des Gesundheitskollegiums abgehalten, das sich in einem angemieteten Privatgebäude befindet.

Die Beratungsgegenstände gehen dem Gesundheitskollegium vom Justizminister und anderen Verwaltungs- oder Justizbehörden zu. Alle beamteten und nicht beamteten Medizinalpersonen, Aerzte,

1) Seit 1888 erhält der Dekan des Gesundheitskollegiums eine Remuneration von 2400 Mk., der Expeditionssekretär eine solche von 2000 Mk. und der Dekanatssekretär eine solche von 1500 Mk., ausserdem bezieht dieser noch ein Redaktionshonorar in der Höhe von 1000—1500 Mk.



Apotheker, Hebammen usw. sind ihm unterstellt; sie werden von ihm ebenso wie die Obergesundheits-, Gesundheits- und Epidemiekommissionen mit Anweisungen versehen und zu besonderen Berichten aufgefordert, soweit nicht regelmässig Berichte vorgeschrieben sind. Das Gesundheitskollegium kann demnach auch unmittelbar, ohne Vermittelung des Justizministeriums, mit jenen beamteten und nicht beamteten Personen, Kommissionen usw. amtlich verkehren und ihnen Anordnungen erteilen; es muss sich jedoch hierbei innerhalb der gesetzlichen Vorschriften halten. Seine Stellung ist daher nicht bloss eine rein gutachtliche, sondern auch eine anordnende, allerdings in beschränktem Masse. Ganz in seiner Hand liegt die Revision der staatlichen Irrenanstalten.

2. **Die mittlere Instanz** des öffentlichen Gesundheitswesens bildet der oberste Verwaltungsbeamte — **Amtmann** — der oberbehördlichen Verwaltungsbezirke — Aemter —, in die das Königreich eingeteilt ist. Es gibt im ganzen 19 solcher Aemter, darunter eins auf den Faröern; hierzu kommt noch die Hauptstadt Kopenhagen, die insofern eine Ausnahmestellung einnimmt, als hier die mittlere Instanz fehlt und die Stadt unmittelbar dem Ministerium unterstellt ist. Der Amtmann hat entsprechend seiner Stellung als Amtsobrigkeit (Overövrig hed) auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens teils unmittelbar, teils als Zwischeninstanz einzugreifen und demzufolge die Ausführung der Gesundheitsgesetzgebung zu überwachen, sowie namentlich darauf zu achten, dass die unteren Instanzen den ihnen in dieser Hinsicht obliegenden Aufgaben gerecht werden. Er ist stets Vorsitzender der Obergesundheitskommission. Seine Stellung entspricht in polizeilicher Hinsicht etwa der eines preussischen Landrats in den alten Provinzen; in kommunaler Hinsicht gehen dagegen seine Befugnisse weiter und decken sich ungefähr mit denen eines Regierungspräsidenten. Die Aemter entsprechen inbezug auf Einwohnerzahl (durchschnittlich 100 000) den grösseren preussischen Kreisen; an Flächeninhalt (durchschnittlich 2000 qkm) sind sie dagegen erheblich grösser.

Der technische Berater des Amtmanns in allen Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens ist der ihm beigeordnete **Physikus,** der dem Gesundheitskollegium unterstellt ist und auf dessen Vorschlag und Empfehlung vom Könige ernannt wird. Als einzige Voraussetzung für seine Anstellung gilt die ärztliche Approbation; es wird weder die ärztliche Doktorwürde, noch ein



besonderes Physikatsexamen oder die vorangegangene Stellung als Distriktsarzt verlangt. Die Zahl der Physiker beträgt nur 13; ihr Amtsbezirke fallen daher örtlich nicht mit den Amtern zusammen, sondern erstrecken sich mehrfach über zwei Amtsbezirke; ihre Einwohnerzahl schwankt zwischen 41 000 (Bornholm) und 363 000 (Nordseeland [Själlandsnordre]); sie beträgt durchschnittlich etwa 200 000.

Der Physikus ist ebenso wie der Amtmann Mitglied der Obergesundheitskommission bezw. Obergesundheitskommissionen seines Bezirkes und hat an deren Sitzungen teilzunehmen. Seine amtlichen Obliegenheiten sind durch die Dienstanweisung vom 22. Oktober 1877 geregelt. Danach bildet er das Zwischenglied zwischen Gesundheitskollegium und den ihm unterstellten Distriktsärzten. Entsprechend der Stellung als Gesundheitsbeamter der mittleren Instanz ist seine Tätigkeit mehr eine aufsichtsführende und gleicht demgemäss mehr derjenigen eines preussischen Regierungs- und Medizinalrats als eines Kreisarztes, nur mit dem Unterschiede, dass er nicht wie jener im Hauptamte, sondern im Nebenamte angestellt ist. Er hat den Aufträgen des Gesundheitskollegs und des Amtmanns Folge zu leisten, ihnen Vorschläge zu machen und Bericht zu erstatten; in dringenden Notfällen kann er auch aus eigener Initiative reisen und vorläufige Anordnungen treffen. Eine seiner wichtigsten Aufgaben ist die Ueberwachung des allgemeinen Gesundheitsstandes der Einwohner, namentlich in bezug auf die Verhütung der Entstehung und Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten; wohnt er in einer Seehandelsstadt, so ist er gleichzeitig Quarantainearzt. Die Versorgung der Bevölkerung mit einwandsfreiem Trinkwasser, Regelung der Abfuhr- und Abwässerverhältnisse usw. soll er sich angelegen sein lassen, auch den Nahrungsmittelverkehr überwachen; dagegen wird seine Mitwirkung auf dem Gebiete der Gewerbehygiene so gut wie gar nicht in Anspruch genommen. Kranken-, Armen- und Arresthäuser hat er regelmässig zu besichtigen; desgleichen müssen ihm alle Pläne zu neuen Krankenhäusern und Schulen zur Prüfung vorgelegt werden. Alle 2 Jahre muss er in Gemeinschaft mit einem Apotheker die Apotheken, die Hausapotheken der selbst dispensierenden und die Arzneiniederlagen der distribuierenden, zur Abgabe von fertigen Arzneien berechtigten praktischen Aerzte revidieren; desgleichen hat er die seiner Aufsicht unterstellten Hebammen alljährlich einer Nachprüfung zu unterziehen. Sein Aufsichtsrecht erstreckt sich auch auf die



amtliche Tätigkeit der Distrikts-(Stadt)-Aerzte (s. später), deren Archive jährlich mindestens einmal von ihm zu revidiren sind. Unter Benutzung der von den Distriktsärzten ihm zu erstattenden Jahresberichte muss er an das Gesundheitskollegium einen Jahresbericht nach einem vorgeschriebenen Muster erstatten, das dem für die Jahresberichte der preussischen Kreisärzte im grossen und ganzen entspricht[1]). Desgleichen ist er verpflichtet, ein Journal über die eingehenden Sachen zu führen. Alle Eingänge müssen nach der Zeit (nicht nach Stoffen) geordnet und jahrgangsweise aufbewahrt werden, eine nicht gerade sehr zweckmässige Vorschrift, die das Aufsuchen früherer Eingänge erschwert. Ein Amtssiegel wird von dem Physikus nicht geführt.

In gerichtsärztlicher Hinsicht wird die Mitwirkung des Physikus nur bei den gerichtlichen Leichenöffnungen in Anspruch genommen, bei denen er als erster Obduzent fungiert[2]); in allen übrigen gerichtsärztlichen Fällen wird der Distriktsarzt als Sachverständiger herangezogen.

Der Physikus darf Privatpraxis ausüben, in den meisten Bezirken ist aber seine Amtstätigkeit eine so umfangreiche, dass er zu irgend welcher nennenswerten ärztlichen Tätigkeit keine Zeit hat. Trotzdem ist sein Gehalt, der nebenamtlichen Stellung entsprechend, verhältnismässig niedrig: 1600 Kronen jährlich, alle 5 Jahre um 400 Kronen bis 2800 Kronen steigend; ausserdem werden je nach der Grösse des Physikats 250—500 Kronen Bureaugelder gewährt[3]). An Tagegeldern erhält der Physikus 8 Kronen für die ersten auf eine Verrichtung und Reise verwendeten 6 Stunden, für jede folgenden 3 Stunden 4 Kronen mehr; ausserdem werden ihm die Auslagen für Fuhrkosten zurückerstattet, sofern er einen Weg über 2000 Ellen

1) Das Muster für die Jahresberichte enthält folgende verschiedene Abschnitte: Bewegung der Bevölkerung (Geburten und Todesfälle), allgemeiner Gesundheitszustand, einzelne Krankheiten, insbesondere ansteckende, Wohnungshygiene, Beseitigung der Abwässer und Abfallstoffe, Trinkwasserversorgung, Nahrungsmittelhygiene, Gewerbehygiene, Schulen, Haltekinder, Arresthäuser, Kranken- und Siechenanstalten, Bekämpfung des Alkoholmissbrauches, sonstige gesundheitliche Einrichtungen, gerichtliche Obduktionen.

2) Für die Ausführung der gerichtlichen Sektionen ist ebenso wie in Preussen ein Obduktions-Regulativ erlassen.

3) Die Bureauentschädigung reicht ebensowenig wie bei dem preussischen Kreisarzte zur Annahme einer ständigen Schreibhilfe aus; eine solche steht auch nur dem Stadtarzt in Kopenhagen zur Verfügung.



($1\frac{1}{2}$ Kilometer) von seinem Wohnorte zurückzulegen hat. Wohnungsgeldzuschuss oder Umzugskosten werden ebensowenig gezahlt, wie Waisengelder; dagegen ist der Physikus pensionsberechtigt; desgleichen erhält seine Witwe eine Pension. Er gehört zur dritten Rangklasse; Titel wie „Sanitätsrat" oder „Medizinalrat" werden in Dänemark nicht verliehen.

Von den bei der Organisation der Gesundheitsbehörden in betracht kommenden **Selbstverwaltungsorganen** ist in der mittleren Instanz zunächst zu erwähnen der **Amtsrat,** der etwa dem hiesigen Kreistag entspricht und aus dem Amtmann als Präsidenten und 7 bis 13 von den Amtseingesessenen gewählten Mitgliedern besteht. Er stellt eine höhere kommunale Einheit der Landgemeinden dar; die Stadtgemeinden gehören nicht dazu, sie haben kein derartiges Selbstverwaltungsorgan über sich. Der Amtsrat spielt auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege insofern eine bedeutende Rolle, als er die Mitglieder zu den Epidemiekommissionen und Obergesundheitskommissionen zu wählen und die Kosten für die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, soweit sie nicht vom Staate getragen werden, aus dem sogenannten Amtsverteilungsfonds zu decken hat; desgleichen hat er für Krankenanstalten, Isolierhospitäler usw. Sorge zu tragen. Seine Beschlüsse werden durch den Amtmann ausgeführt.

Ein zweites Selbstverwaltungsorgan mittlerer Instanz ist die für jeden Amtsbezirk nach dem Gesetze vom 31. März 1900[1]) zu bildende **Obergesundheitskommission,** die sich aus dem Amtmann als Vorsitzenden, dem Physikus und drei für einen Zeitraum von drei Jahren vom Amtsrate zu wählenden Mitgliedern zusammensetzt. Liegen in dem Amtsbezirke Städte, so haben diese eins der letztgenannten Mitglieder zu wählen. Den Obergesundheitskommissionen liegt die Oberaufsicht über sämtliche Gesundheits- und Epidemiekommissionen ob, den ordentlichen Gesundheitskommissionen gegenüber allerdings nur in bezug auf ihre Tätigkeit zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten. Massgebend für die Aufgaben dieser Kommissionen sind namentlich die §§ 1—3 des vorhergenannten Gesetzes; danach sind sie keineswegs nur ein begutachtendes, sondern hauptsächlich ein aufsichtführendes und in manchen Fällen auch unmittelbar ausführendes Organ. Sie haben z. B. über den Gesundheitszustand und über die getroffenen

1) Siehe später, Abschnitt VII.



Anordnungen der Oberaufsichtsbehörde Bericht zu erstatten, darüber zu entscheiden, ob beim Ausbruch ansteckender Krankheiten die öffentliche Behandlung eintreten soll; sie müssen ferner für die Anstellung der erforderlichen Epidemieärzte Sorge tragen usw. Mit der Erledigung der der Obergesundheitskommission obliegenden Aufgaben kann diese auch für Teile ihres Wirkungskreises einzelne ihrer Mitglieder beauftragen. Bei etwaigen hierzu erforderlichen Reisen über $1\frac{1}{2}$ Kilometer vom Wohnorte erhalten ihre Mitglieder 6 Kronen Tagegelder bei freier Beförderung. Die durch die Tätigkeit der Obergesundheitskommissionen entstehenden Kosten werden zur Hälfte vom Staate, zur Hälfte vom Amtsverteilungsfonds getragen.

3. Die **untere Instanz** des öffentlichen Gesundheitswesens, welche die gegebenen Vorschriften auszuführen bzw. für deren Beachtung zu sorgen hat, bilden die auch von dem Könige ernannten **Polizeimeister,** in den Städten Stadtvogt (Byfoged), auf dem Lande, wo die Unterobrigkeitsbezirke „Harden“ oder „Birken“, auf den Faröern „Syssel“ heissen, Hardes- oder Birkvogt — [Herredsfoged, Birkedammer] — auf den Faröern Landvogt genannt. Diese Beamten sind gleichzeitig Richter erster Instanz (Unterrichter); ihre Bezirke decken sich mit den Gerichtsbezirken abgesehen von den Faröerinseln; nur in Kopenhagen und Frederiksburg, wo die Justiz von der Verwaltung getrennt ist, gibt es besondere Polizeimeister zur Wahrnehmung der Ortspolizei. In den Städten sind die Polizeimeister gleichzeitig auch Bürgermeister. Als Hilfs- und Unterbeamte des Polizeimeisters fungieren auf dem Lande die sogenannten Kirchspielsvögte (Sognefoged), die aus den Ortseingesessenen eines meist mehrere Gemeinden umfassenden Kirchspiels von dem Amtmann gewählt und ernannt werden; in den Städten stehen zu diesem Zwecke untere Polizeibeamte zur Verfügung, deren Anstellung durch die betreffende Stadtgemeinde erfolgt. Die Polizeimeister sind stets Vorsitzende der Epidemiekommissionen ihres Bezirks, in den Städten auch meist die Vorsitzenden der hier bestehenden ordentlichen Gesundheitskommissionen; jedenfalls sind sie berechtigt, deren Sitzungen beizuwohnen, und treten, falls sie nicht Vorsitzende sind, als Mitglieder den Kommissionen bei in allen Fällen, in denen diese als Epidemiekommissionen fungieren.

Der medizinisch-technische Berater des Polizeimeisters ist der **Distriktsarzt,** in grösseren Städten **Stadtarzt** genannt, der ebenfalls vom Könige ernannt wird, jedoch hat das Königliche Gesundheitskollegium das Recht zu Vorschlägen, die in der Regel berücksichtigt



werden; auch die Gemeinden werden jetzt gewöhnlich zuvor gehört. Als Vorbedingung zur Anstellung genügt die ärztliche Approbation; irgend welche sonstigen Anforderungen in bezug auf Ausbildung, Dauer der Berufstätigkeit usw. werden nicht gestellt.

Die Amtsbezirke der Distriktsärzte, die in der Regel mit denen der Polizeimeister zusammenfallen, umfassen entweder nur Landgemeinden oder Land- und Stadtgemeinden; eine Ausnahme davon machen die grösseren Provinzialstädte, die einen Distrikts-Stadtarztbezirk für sich bilden. Die Einwohnerzahl der Bezirke schwankt zwischen 10 bis 40000; sie beträgt durchschnittlich 20000. Im Ganzen gibt es, Kopenhagen und die Faröer-Inseln ausgeschlossen, 99 Distrikts- und Stadtärzte, so dass auf jeden Physikusbezirk durchschnittlich 8 entfallen [die wenigsten in Bornholm (2), die meisten in Nordseeland (15)].

Die Distriktsärzte, die zur fünften Rangklasse gehören, sind dem Physikus unterstellt; ihre Stellung ist eine rein nebenamtliche und entspricht im grossen und ganzen der der früheren preussischen Kreisphysiker, in mancher Hinsicht auch derjenigen der früheren Kreiswundärzte. Ihre Amtsobliegenheiten sind gleichfalls durch die Instruktion vom 22. Oktober 1877 geregelt. Danach haben sie die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse ihres Bezirks zu beobachten und besonders auf die Verhütung und Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ihr Augenmerk zu richten. Sie sollen auch in erster Linie als Epidemieärzte, d. h. als behandelnde Aerzte der an Infektionskrankheiten erkrankten, auf öffentliche Kosten behandelten Personen bestellt werden; ihre Tätigkeit ist aber in dieser Hinsicht meist nicht sehr erheblich, da die Mehrzahl dieser Kranken in Kranken- oder Isolierhäusern untergebracht wird. In den Seehandelsstädten gehören die Distriktsärzte zu den Mitgliedern der Quarantainekommissionen; desgleichen sind sie von amtswegen Mitglieder der Epidemiekommissionen in ihrem Bezirke und in der Regel auch auf Grund der betreffenden Gesundheitsordnungen Mitglieder der Gesundheitskommissionen in den Städten; jedenfalls können sie an deren Sitzungen teilnehmen und treten ihnen ebenso wie die Polizeimeister als Mitglieder bei, wenn jene als Epidemiekommissionen in Tätigkeit treten.

Die Distriktsärzte sollen auf hygienische Missstände der Wohnungen, Beseitigung der Abfallstoffe, Trinkwasserversorgung, Nahrungsmittelverkehr usw. achten, den Polizeimeister und die Gesundheitskommission darauf aufmerksam machen, sowie dem Physikus nötigen-



falls darüber berichten und ihm die erforderlichen Unterlagen für etwaige Oberbegutachtungen in derartigen Angelegenheiten beschaffen. Sie sind ferner verpflichtet, an den von dem Physikus vorzunehmenden Apothekenbesichtigungen und Hebammen-Nachprüfungen teilzunehmen, alljährlich einen Jahresbericht zu erstatten, ein Eingangsjournal und Ausgangs-Protokollbuch zu führen, die amtlichen Eingänge in gleicher Weise wie der Physikus jahrgangsweise zu ordnen und aufzubewahren. Ein Amtssiegel führen sie ebensowenig wie der Physikus.

Die Distriktsärzte sind Gerichtsärzte für ihren Bezirk und zweite Obduzenten bei den vom Physikus in ihrem Bezirke ausgeführten gerichtlichen Leichenöffnungen; desgleichen ist ihnen die öffentliche Impfung in ihrem Bezirk übertragen. Ausserdem sind sie verpflichtet als Armenärzte zu fungieren[1]) und seit dem Gesetz vom 9. April 1891 alle unbemittelten, ehrenhaften, über 60 Jahre alten Personen unentgeltlich zu behandeln.

Das Gehalt der Distriktsärzte beträgt nur 800 Kronen jährlich; die 36 ältesten erhalten jährliche Zulagen, und zwar nach ihrem Dienstalter je 12: 200, 400 und 600 Kronen; dienstliche Nebeneinnahmen für Atteste, gerichtsärztliche Geschäfte usw. sind gering, Dienstaufwandsentschädigung, Wohnungsgeldzuschuss, Umzugskosten werden nicht gewährt. Die Gesundheitsbeamten unterster Instanz sind daher betreffs ihres Unterhalts hauptsächlich auf Privatpraxis angewiesen, die sie auch meist in grossem Umfange ausüben. Dadurch leidet selbstverständlich ihre amtliche Tätigkeit, denn es bleibt ihnen nicht genügend Zeit für diese übrig; auch liegt, wie bei allen derartigen nebenamtlichen Stellungen, die Gefahr vor, dass sich deren Inhaber aus Rücksichten auf ihre Privatklientel scheuen, für die Beseitigung hygienischer Missstände energisch einzutreten, falls den Gemeinden oder Privatpersonen dadurch irgend welche Kosten erwachsen könnten.

Bei Dienstreisen erhalten die Distriktsärzte 4 Kronen Tagegelder für je 6 Stunden und freie Beförderung; für ihre Tätigkeit als Epidemieärzte stehen ihnen die gesetzmässigen Gebühren zu; für die Ausführung des öffentlichen Impfgeschäfts wird $^1/_2$ Krone pro Impfling nebst freier Beförderung gewährt.

1) Manche Gemeinden haben jedoch besondere Armenärzte angestellt.



Der Distriktsarzt ist ebenso wie der Physikus pensionsberechtigt, desgleichen erhält seine Witwe Pension; die Kinder haben jedoch keinen Anspruch auf Waisengeld.

Durch das Gesetz vom 12. Januar 1858 nebst Ergänzungsgesetzen vom 29. Dezember 1862 und 28. März 1868 über die Einrichtung einer geregelten Gesundheitspflege in den Gemeinden ist diesen das Recht eingeräumt, durch sogenannte Gesundheitsordnungen (Sundhedsvedtaegter) Vorschriften in Bezug auf Reinhaltung der Luft und des Bodens, Beseitigung der Abfallstoffe, Trinkwasserversorgung, Wohnungen, Logierhäuser und Herbergen, Verkehr mit Nahrungsmitteln (Fleisch, Milch usw.), Einrichtung und Betrieb von Bäckereien, Schlachtereien, Molkereien usw., Reinhaltung der Schulen, Haltekinderwesen, Anlage und Betrieb von Begräbnisplätzen usw. zu erlassen und **Gesundheitskommissionen** zu bilden, die aus 5—7 von den Gemeindevertretungen zu wählenden Mitgliedern bestehen und zu denen in der Regel der Polizeimeister als Vorsitzender und der Distriktsarzt gehören. Alle derartigen Gesundheitsordnungen bedürfen der zuvorigen Genehmigung des Justizministers; auch ist die Regierung den Städten gegenüber berechtigt, den Erlass einer Gesundheitsordnung sowie die Errichtung einer Gesundheitskommission zu erzwingen. Zur Zeit bestehen in allen Städten Gesundheitsordnungen und Gesundheitskommissionen, auch in etwa 60 pCt. sämtlicher unteren Obrigkeitsbezirke (Harden oder Birken) und grösseren Landgemeinden ist dies der Fall.

Diese Gesundheitsordnungen enthalten im allgemeinen zweckmässige sanitäre Vorschriften, weichen allerdings erheblich in Bezug auf die Mindestforderung von einander ab; desgleichen sehen sie Strafen bei ihrer Nichtbeachtung vor. Abgesehen von den grösseren Städten scheint aber ihre Ausführung, die lediglich in der Hand der Gesundheitskommission ruht, manches zu wünschen übrig zu lassen. Die Ursache daran ist dieselbe, wie in anderen Ländern, wo derartige Kommissionen bestehen, deren von den Gemeindevertretungen gewählte Mitglieder meist nicht genügend unabhängig und oft auch nicht geneigt sind, den eigenen Gemeinden oder ihren Mitbürgern gegenüber Forderungen zu stellen, deren Durchführung für diese mit mehr oder weniger Kosten verknüpft ist.

In den Städten, wo der Polizeimeister und Distriktsarzt stets Mitglieder der Gesundheitskommission sind, liegen diese Verhältnisse allerdings günstiger als bei den Gesundheitskommissionen auf dem



Lande, deren Mitglieder sämtlich — auch der Vorsitzende — von den Gemeindevertretungen gewählt werden, und unter denen sich häufig nicht einmal ein Arzt befindet. Polizeimeister und Distriktsarzt können wohl ihren Sitzungen beiwohnen, aber beiden fehlt oft die Zeit dazu. Nach den uns gemachten Mitteilungen lässt sich jedoch eine Besserung in dieser Hinsicht nicht leugnen; sie schreitet von Jahr zu Jahr mit dem grösseren Verständnis der Bevölkerung für den grossen Nutzen hygienischer Einrichtungen fort, und zwar sowohl in den Städten, als unter der Landbevölkerung, welche die Vorteile jener Einrichtungen auch mit Rücksicht auf ihren landwirtschaftlichen Betrieb immer mehr erkennen und schätzen lernt.

Im Gegensatz zu den Gesundheitskommissionen in Preussen sind diejenigen in Dänemark nicht begutachtende, sondern verwaltende und ausführende Selbstverwaltungsorgane, die namentlich bei den Massnahmen zur Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten, soweit sie hier als Epidemiekommissionen fungieren (s. nachstehend), polizeiliche Befugnisse ausüben. Sie können auch, ebenso wie die Obergesundheitskommissionen beschliessen, dass bestimmte Zweige ihrer Tätigkeit unter näher festzustellenden Bedingungen einzelnen Kommissionsmitgliedern übertragen werden. Die Kommissionen müssen, so oft es die Oberaufsichtsbehörde verlangt, über den Gesundheitszustand in ihrem Wirkungskreise, sowie über die getroffenen Vorkehrungen berichten und auch sonst den Anordnungen dieser Behörde Folge leisten. Ueber ihre Verhandlungen ist stets ein Protokoll aufzunehmen.

Der Umstand, dass Gesundheitskommissionen auf dem Lande noch vielfach fehlen, hat mit Rücksicht auf das wichtigste Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, die Seuchenbekämpfung, zur Einrichtung besonderer Kommissionen, der **Epidemiekommissionen**, geführt, denen lediglich die Durchführung der zur Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten erforderlichen Massregeln obliegt. In den Städten mit Gesundheitsordnungen fungieren die hier bestehenden Gesundheitskommissionen gleichzeitig als Epidemiekommissionen, während diese auf dem Lande besonders gebildet werden und aus dem zuständigen Polizeimeister als Vorsitzenden, dem Distriktsarzt und 3 von dem Stadtrat (in den Städten) bzw. vom Amtsrat (in den Landgemeinden) zu wählenden Mitgliedern bestehen. Die Rechte und Pflichten dieser Epidemiekommissionen — in Städten der Gesundheitskommissionen — sind im Gesetz vom 31. März



1900[1]), betreffend die Vorkehrungen gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten, geregelt und verhältnismässig weitgehende. Danach haben sie z. B. für die Beschaffung von Isolierräumen, Warte- und Pflegepersonal, geeignete Beförderungsmittel sowie für Aufbewahrungsräume für Leichen zu sorgen; sie können die Bezeichnung, Absperrung oder Räumung infizierter Häuser und die Ueberführung Erkrankter in eine Krankenanstalt veranlassen, die Oeffnung einer Leiche anordnen, falls der Verdacht auf Tod infolge von ansteckender Krankheit vorliegt, die Schulen schliessen, das Abhalten von Lustbarkeiten oder Märkten, sowie die Fortsetzung eines Gewerbebetriebes usw. untersagen. Die Gemeindeverwaltungen sind zur Unterstützung der Epidemiekommissionen verpflichtet; sie müssen ihnen auch für die durch ihre Anordnungen entstehenden Kosten Vorschüsse gewähren; später werden diese, wie bereits erwähnt ist, je zur Hälfte vom Staat und von der betreffenden Stadtkasse und Amtsverteilungsfonds getragen.

Nach den uns gemachten Mitteilungen sollen die Epidemiekommissionen im allgemeinen ihren Aufgaben gerecht werden und eine erfolgreiche Tätigkeit entfalten.

Die **Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens in der Hauptstadt Kopenhagen** weicht insofern von derjenigen im übrigen Staate ab, als hier die Mittelinstanz fortfällt und die Hauptstadt unmittelbar dem Ministerium unterstellt ist. Die Leitung des Gesundheitswesens liegt in den Händen des Polizeidirektors, dem ein „Stadtarzt" als gesundheitlicher Berater beigegeben ist. Der Stadtarzt wird auf Vorschlag des Magistrates, der aus dem vom König ernannten Oberpräsidenten, je 4 Bürgermeistern und Ratsherren besteht, von der Stadtverordnetenversammlung gewählt und durch den König bestätigt; er ist also städtischer Beamter und bezieht ein pensionsfähiges Gehalt von jährlich 5500 Kronen, alle 4 Jahre um 500 Kronen bis 7000 Kronen steigend, aus der Stadtkasse. Wohnungsgeldzuschuss wird ihm nicht gewährt; dagegen ist er ebenso wie die Physiker und Distriktsärzte pensionsberechtigt.

Der Stadtarzt vereinigt gleichsam die Funktionen des Physikus und Distriktsarztes in einer Person: nur mit den gerichtsärztlichen Geschäften hat er gar nichts zu tun, da diese dem Professor der gerichtlichen Medizin an der Universität übertragen sind; auch die

1) Siehe später Abschnitt VII.



öffentlichen Impfungen werden von besonderen Impfärzten ausgeführt. Zu seiner Unterstützung sind 9 ärztliche Hilfsarbeiter — städtische Kreisärzte (Kredsläger), sämtlich jedoch im Nebenamt — angestellt; desgleichen sind ihm und seinen Hilfsarbeitern in dem neuen Rathausgebäude ausreichende und vorzüglich ausgestattete Bureauräume sowie das erforderliche Unterpersonal zur Verfügung gestellt, auch ist hier ein zweckmässig eingerichtetes Laboratorium für hygienische und bakteriologische Untersuchungen vorgesehen. Der Stadtarzt ist ex officio Mitglied der Quarantänekommission, der Baukommission und der Hebammenprüfungskommission.

Die Gesundheitskommission in Kopenhagen, die aus dem Polizeidirektor als Vorsitzenden, dem Bürgermeister der vierten technischen Abteilung, dem Stadtarzt und 2 von der Stadtverordnetenversammlung zu wählenden Mitgliedern, also aus 5 Mitgliedern besteht, besitzt die gleichen Pflichten und Rechte, wie die übrigen Gesundheitskommissionen, sie ist aber ebenfalls dem Ministerium unmittelbar unterstellt und nicht einer Obergesundheitskommission; Beschlüsse der Gesundheitskommission können jedoch vom Polizeimeister beanstandet werden. Der Gesundheitskommission steht auch ein Laboratorium für chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchungen zur Verfügung, das namentlich die erforderlichen Nahrungs- und Genussmitteluntersuchungen vorzunehmen hat.

Der Eindruck, den wir von der Organisation der Gesundheitsbehörden und deren Tätigkeit in Kopenhagen gewonnen haben, war ein recht guter. Der Stadtarzt und seine ärztlichen Hilfsarbeiter waren über die gesundheitlichen Verhältnisse und Einrichtungen der Stadt vorzüglich unterrichtet; alle Fäden liefen gleichsam auf seinem Bureau zusammen, auf jede Frage konnte man sofort die erbetene Auskunft erhalten. Desgleichen waren alle städtischen Einrichtungen, soweit sie unter Aufsicht des Stadtarztes standen oder für dessen amtliche Tätigkeit von irgend welcher Bedeutung waren, mit seinem Bureau telephonisch verbunden. Wie umfangreich die Tätigkeit des Stadtarztes und seiner ärztlichen Hilfsarbeiter ist, zeigte der Gesundheitsbericht aus dem letzten Jahre; danach waren von ihnen 3206 örtliche Besichtigungen und Untersuchungen (wegen ansteckender Krankheiten 597, allgemeiner sanitärer Missstände 312, Abwässerbeseitigung 303, Latrinenwesen 349, Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs 393, ungesunder Wohnungen und Logierhäuser 96, Haltekinder 1061 und sonstiger Einrichtungen 95) vorgenommen.

Beurteilung der zur Zeit bestehenden Organisation des Gesundheitswesens. Die Vorzüge und Mängel der jetzigen Organisation des dänischen Gesundheitswesens lassen sich aus der vorstehenden Schilderung unschwer erkennen. Die Mängel liegen hauptsächlich in der untersten Instanz, und zwar einmal darin, dass hier Verwaltung und Rechtspflege noch nicht getrennt und in einer Person vereinigt sind, sowie anderseits darin, dass die Bezirke der betreffenden Gesundheitsbeamten meist verhältnismässig klein und demzufolge diese Beamten in der Hauptsache auf den Erwerb durch Privatpraxis angewiesen sind. In der Mittelinstanz sind dagegen die Bezirke für einen im Nebenamte angestellten Medizinalbeamten zu gross. Der Umstand, dass die Anstellung als Physikus und Distriktsarzt ohne die Voraussetzung einer besonderen hygienischen und gerichtsärzlichen Vorbildung erfolgt, und dass die betreffenden Medizinalbeamten bis jetzt noch nicht zu Fortbildungskursen einberufen werden, wird von ihnen selbst als Mangel empfunden. Infolge der nebenamtlichen Stellung der Gesundheitsbeamten fehlt weiterhin vielfach eine stetige Anregung der Gesundheitskommissionen. Ueberall dort, wo dies nicht der Fall ist, so namentlich in Kopenhagen und in einzelnen grösseren Städten, haben sich diese Kommissionen durchaus bewährt und recht erspriessliche Erfolge durch ihre Tätigkeit erzielt. An und für sich hat ihre Einrichtung auch zweifellos manchen Vorzug; sie entspricht im allgemeinen den Ortsgesundheitsräten in England (Local Board of Health); nur müssen hier für jedes derartige Gesundheitsamt ein ärztlicher Gesundheitsbeamter (Medical Officer of Health) und als Unterbeamte sogenannte Uebelstandsinspektoren (Inspectors of Nuisances) angestellt, was in Dänemark nicht der Fall ist; namentlich fehlt hier ein geeignetes Unterpersonal. Als recht zweckmässig werden dagegen allseitig die Epidemiekommissionen und Obergesundheitskommissionen bezeichnet, durch deren Tätigkeit die Durchführung der zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erforderlichen Massregeln sicher gestellt wird. Diese Sicherstellung wird allerdings wesentlich dadurch unterstützt, dass der Staat nicht weniger als die Hälfte der hierdurch entstehenden Kosten übernimmt, ein Punkt, auf den wir am Schlusse dieses Abschnittes noch kurz zurückkommen werden. Sehr vermisst wird besonders in medizinisch-fachmännischen Kreisen das Fehlen einer besonderen Abteilung für das Gesundheitswesen in der Zentralinstanz; denn das Gesundheitskollegium ist streng genommen nur eine gutachtende Behörde, obwohl

es sich infolge des Fehlens einer solchen Abteilung allmählich zu einer leitenden und aufsichtsführenden Behörde auszuwachsen beginnt und einen immer grösseren Einfluss auf die Gesundheitsgesetzgebung gewonnen hat.

Alle diese Mängel sind schon seit Jahren von den beteiligten Behörden als solche anerkannt und haben dazu geführt, eine Umgestaltung der Organisation des Gesundheitswesens in allen Instanzen anzustreben. Mehrfache in dieser Hinsicht bereits gemachte Vorschläge laufen im wesentlichen darauf hinaus, dass an Stelle des Gesundheitskollegiums eine besondere Abteilung für das Medizinalwesen (Obergesundheitsrat) im Justizministerium nicht bloss als gutachtende, sondern als leitende und aufsichtsführende Behörde geschaffen wird, dass ferner statt der 12 bisherigen Physiker für jeden Amtmannsbezirk ein Physikus, also im ganzen 19 derartige Gesundheitsbeamte angestellt werden, und zwar nicht im Nebenamte, sondern im vollbesoldeten Hauptamte. Dem Physikus soll dann die Bearbeitung des ganzen öffentlichen Gesundheitswesens in seinem Bezirke übertragen werden; die Distrikts- und Stadtärzte würden dagegen als staatliche Gesundheitsbeamte ausscheiden und nur noch als kommunale ihre Tätigkeit als Impf- und Epidemieärzte beibehalten. Endlich wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Gesundheitskommissionen allgemein zur Durchführung für jeden Unterobrigkeitsbezirk gelangen, und dass für die von ihnen zu erlassenden örtlichen Gesundheitsordnungen bestimmte Mindestforderungen vorgeschrieben werden, damit die bisher in dieser Hinsicht bestehende grosse Verschiedenheit so viel als möglich beseitigt wird.

Wenn eine derartige Umgestaltung zur Durchführung gelangt, dann dürfte die Organisation des Gesundheitswesens in Dänemark nur wenig zu wünschen übrig lassen; ein dementsprechender, bereits im Jahre 1890 vom Gesundheitskollegium dem Justizminister gemachter Vorschlag ist aber noch nicht verwirklicht. Das Ministerium hat zwar die Notwendigkeit einer solchen Umgestaltung anerkannt und den Vorschlag selbst als zweckmässig befunden, es aber für richtiger gehalten, die Reform nicht gleich in allen Instanzen, sondern zunächst erst in der Ministerialinstanz durchzuführen. Daraufhin hat dann das Gesundheitskollegium einen neuen derartigen Gesetzentwurf ausgearbeitet, der vom Justizminister dem Reichstag im Jahre 1891 vorgelegt, aber nicht zur Verabschiedung gelangt ist. Es scheint, als ob man erst die schon lange schwebende Frage der Trennung von



Justiz und Verwaltung in der untersten Instanz zum Austrag bringen will, ehe man zur Reform des damit zusammenhängenden Medizinalwesens übergeht. Jedenfalls dürfte die Kostenfrage dabei weniger ins Gewicht fallen, da erhebliche Mehrkosten kaum entstehen dürften und gerade der dänische Staat in bezug auf die Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen anderen Staaten als Muster dienen kann.

Was nämlich die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens und deren Träger anbetrifft, so werden ebenso wie in Preussen diejenigen für sanitäre kommunale Einrichtungen, Trinkwasserversorgungen, Kanalisation, Regelung des Abfuhrwesens, Krankenanstalten usw. von den Gemeinden getragen, mit Ausnahme der Kosten für die Irren- und Idiotenanstalten, die zum grössten Teile der Staat übernommen hat. Auch in den Fällen, in denen die Unterbringung von Geisteskranken usw. in kommunale oder in solche Anstalten geschieht, die durch Stiftungen, Wohltätigkeitsvereine usw. ins Leben gerufen sind und von diesen unterhalten werden, bezahlt der Staat für die unbemittelten Kranken den grössten Teil der Pflegekosten. Es erwächst ihm dadurch eine jährliche Ausgabe von 1300000 Kronen, d. h. $1/2$ Krone pro Kopf der Bevölkerung. Desgleichen trägt der Staat die Kosten für die staatliche Impfanstalt und für die zur Ausbildung der Hebammen dienende Gebäranstalt. Die Ausgaben für die Gesundheitsbehörden, Gesundheitskollegium, Physiker und Distriktsärzte belaufen sich auf rund 175000 Kronen oder 0,07 Kronen = 0,08 Mark pro Kopf der Bevölkerung, also fast genau soviel als in Preussen (0,07—0,08 Mark pro Kopf). Dagegen stellen sich die Ausgaben für die Bekämpfung ansteckender Krankheiten im Verhältnis ganz erheblich höher als in Preussen; denn während hier im Etat, selbst wenn man die dafür alljährlich im Extraordinarium wiederkehrenden Ausgaben für Granulose-, Typhus- usw. Bekämpfung, sowie die Ausgaben für das Institut für Infektionskrankheiten, für die Medizinaluntersuchungsämter usw. hinzurechnet und noch 1000000 Mark für Reisen der Kreisärzte in Anrechnung bringt, etwa 2500000 Mark = 0,07 Mark pro Kopf der Bevölkerung ausgeworfen sind, betragen diese Ausgaben in Dänemark 700000 Kronen = 800000 Mark oder etwa 0,4 Mark pro Kopf, also fast die sechsfach höhere Summe, die sich bei der jetzt bevorstehenden Durchführung der Tuberkulosegesetze (s. später) noch wesentlich erhöhen wird.



Im Anschluss an diesen Abschnitt noch einige Worte über die **Entwicklung der hygienischen Wissenschaft in Dänemark.** Aehnlich wie in Deutschland hat es auch in Dänemark lange gewährt, ehe die Hygiene als besonderer Zweig der medizinischen Wissenschaft anerkannt worden ist; immerhin wurde jedoch hier verhältnismässig früh, schon im Jahre 1868, ein Lehrstuhl für Hygiene an der Universität in Kopenhagen errichtet, dessen Inhaber sich allerdings noch viele Jahre ohne hygienisches Institut behelfen musste; denn erst im Jahre 1883 wurde ihm ein solches zur Verfügung gestellt. Das Institut ist in einem älteren Gebäude untergebracht und entspricht nicht mehr allen in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen. Dagegen sind die Einrichtungen des neu erbauten und von uns ebenfalls eingehend besichtigten Staats-Seruminstituts, das vornehmlich zur Herstellung von Diphtherieserum bestimmt ist, sehr gut und zweckmässig. Das Diphtherieserum wird übrigens von diesem Institut an alle Aerzte unentgeltlich abgegeben.[1])

Nur wenige Jahre später als in Deutschland hat sich auch in Dänemark ein Verein für öffentliche Gesundheitspflege gebildet (1879) und eine Zeitschrift für Hygiene (Tidskrift of Hygiene), jetzt Monatsschrift für Gesundheitspflege (Tidskrift for Sundhedspleje), ins Leben gerufen. Späterhin sind dann in Kopenhagen und in den grösseren Provinzialstädten Gesellschaften für Gesundheitspflege (Sundhedsforening) ins Leben gerufen, die es sich zur Aufgabe gestellt haben, das Interesse für gesundheitliche Fragen durch populär gehaltene Vorträge usw. in immer weiteren Kreisen wachzurufen.

II. Medizinalpersonen.

1. **Aerzte.** Das ärztliche Studium ist in Dänemark länger als in Deutschland; denn die ärztliche Approbation wird z. Z. erst nach 6jährigem, vom Jahre 1909 ab sogar erst nach 7jährigem

---

1) Erwähnt möge hier noch sein, dass in Dänemark durch Gesetz vom 13. März 1891 die Vornahme von Versuchen an lebenden Tieren (Vivisektionen) nur den Lehrern der Universität, der Tierarznei- und landwirschaftlichen Hochschule und den von der medizinischen Fakultät bzw. dem Lehrerkollegium dieser Hochschulen dazu ermächtigten fachmännisch ausgebildeten Personen gestattet ist, und zwar nur an Tieren, die vorher in gefühllosen Zustand versetzt sind. Die Leiter der Versuche sind ausserdem verpflichtet, ein Journal über Anzahl und Art der benutzten Tiere, sowie über die mit diesen vorgenommenen Versuche und deren Zweck zu führen.



Studium erteilt. Auch der Studiengang ist ein anderer: Nach einem Jahre muss der Student der Medizin zunächst ein Examen philosophicum ablegen; nach dem vierten Semester eine Prüfung in der Chemie, Physik, Zoologie und Botanik bestehen, nach dem 8. Semester eine solche in der Anatomie, Physiologie und Pharmakologie und nach dem 12., später nach dem 14. Semester das sogenannte klinische Examen absolvieren. Es ist eigentlich zu verwundern, dass bei derartigen Anforderungen ein so grosser Zudrang zum medizinischen Studium herrscht, dass zur Zeit fast eine ähnliche Ueberfüllung des ärztlichen Standes besteht wie bei uns; denn auf einen Arzt entfallen 1800 Einwohner, gegen 1900 in Preussen und 1800 im Deutschen Reich. Selbstverständlich sind in den Städten verhältnismässig mehr Aerzte als auf dem platten Lande (in Kopenhagen z. B. 1 : 900 Einwohnern gegen 1 : 770 in Berlin); in abgelegenen Gegenden besteht sogar ein Mangel, so dass die Regierung den sich in solchen niederlassenden Aerzten entweder Zuschüsse oder unverzinsliche Darlehen gewährt (in dem Etat sind zu diesem Zwecke 12 000 Kronen eingestellt).

Frauen sind schon seit langer Zeit in Dänemark zum ärztlichen Studium zugelassen; die Zahl der weiblichen Aerzte ist aber nicht gross und beträgt etwa 50 = 3,5 pCt. der Gesamtzahl (etwa 1400).

Nicht mit Unrecht wird durch diese Zunahme der Aerzte eine Beeinträchtigung ihrer unabhängigen und in gesellschaftlicher Hinsicht sehr geachteten Stellung befürchtet, zumal die ärztlichen Honorare verhältnismässig niedrige sind und in Familien mittleren Wohlstands ärztliche Jahreshonorare von 25—50 Kronen (30—60 Mk.) nicht zu den Seltenheiten gehören sollen. Das Durchschnittseinkommen der Aerzte wird auf 3500—6000 Kronen (4—7000 Mk.) geschätzt. Eine Gebührenordnung besteht, kommt aber nur in strittigen Fällen zur Anwendung.

Eine staatliche Organisation der Aerzte gibt es in Dänemark nicht, wohl aber freie ärztliche Vereinigungen, sowie einen allgemeinen derartigen Verein, dem fast alle Aerzte angehören und der schon seit dem Jahre 1858 besteht. Schon vorher (1840) hatte sich ausserdem eine Skandinavische Naturforscher-Gesellschaft gebildet, die sich auch über Norwegen und Schweden erstreckt.

Die Aerzte sind dem Gesundheitskollegium unterstellt und, abgesehen von der Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten (s. später), gehalten, dem Distriktsarzte die für seinen Jahresbericht



erforderlichen statistischen Mitteilungen über Erkrankungsfälle in ihrer Praxis zu machen, soweit diese öffentliches Interesse haben. Ein Strafrecht steht dem Gesundheitskollegium jedoch nicht zu; auch kann dem Arzte die Approbation nicht entzogen werden.

Ueber die Anmeldung der Aerzte bestehen keine besonderen Vorschriften; es ist vielmehr Sache der beamteten Aerzte, sich das erforderliche Material selbst zu verschaffen, um die ihnen obliegende Führung von Listen über die in ihrem Bezirk ansässigen Aerzte auf dem Laufenden zu erhalten.

Verhältnismässig vielen Aerzten (224) auf dem Lande ist auf Grund eines Justizministerialerlasses aus dem Jahre 1875 das Recht erteilt, aus den Apotheken fertig bezogene Arzneien selbst abzugeben (zu „distribuieren"), einigen (8) auch das Recht, Arzneien selbst zu dispensieren. Selbstdispensierende Homöopathen gibt es in Dänemark nicht; die Homöopathie hat hier überhaupt sehr wenig Anhänger.

2. Die **Zahnärzte** müssen vom Justizminister eine besondere Autorisation zur Ausübung der Zahnheilkunde haben; die Prüfung bei der Staatsschule für Zahnärzte gibt nicht eo ipso wie die ärztliche Prüfung das Recht zum Praktizieren. Die Anforderungen an ihre Vor- und Ausbildung sollen durch eine neue Prüfungsordnung gesteigert werden. Eine Narkose dürfen sie nur in Gegenwart eines Arztes vornehmen. Seit 1899 sind auch Frauen zum zahnärztlichen Studium zugelassen. Die Zahl der Zahnärzte ist eine verhältnismässig grosse: 238, also 1 auf 11 000 Einwohner (in Kopenhagen 1 : 4500) gegenüber 1 : 25000 in Preussen (in Berlin 1 : 6200); gleichwohl sollen die Einkommenverhältnisse der Zahnärzte günstiger als die der praktischen Aerzte sein.

Den Zahntechnikern ist nur die Ausführung technischer Arbeiten gestattet; es soll jedoch vorkommen, dass sie trotzdem Zahnheilkunde ausüben und ihnen hierbei durch stille Teilhaberschaft eines Arztes gleichsam der Rücken gedeckt wird.

3. Die **Ausübung der Heilkunde durch nicht approbierte Personen** ist durch ein Gesetz aus dem Jahre 1794 verboten[1]). Das

1) Auf Grund dieses Gesetzes kann der Justizminister jedoch ausnahmsweise nicht approbierten Personen eine beschränkte Lizenz zur Ausübung der Heilkunde erteilen (die vorher erwähnte Autorisation der Zahnärzte stellt z. B. auch eine auf diesem Gesetze beruhende Ausnahme dar); einige ungeprüfte Zahnärzte (Zahntechniker), auch ein Frakturenarzt, haben demzufolge im Laufe der Zeit eine solche Lizenz erhalten.

Verbot hat aber in dieser Hinsicht wenig Einfluss gehabt; erst durch die Zunahme der Aerzte und durch die grössere Aufklärung der Bevölkerung sowie durch die Einführung der Krankenkassen, bei denen jede Behandlung durch Kurpfuscher unzulässig ist, hat die Zahl der medizinischen Charlatane, die im Jahre 1867 noch 244 betrug (153 Männer und 91 Frauen), von Jahr zu Jahr abgenommen, so dass sie zur Zeit auf etwa 50 im ganzen Königreiche geschätzt wird.

4. **Hebammenwesen.** Die Ausbildung der Hebammen geschieht in der dem Kultusministerium unterstehenden Entbindungsanstalt zu Kopenhagen; zur Aufnahme ist mindestens gute Volksschulbildung erforderlich, ausserdem ein Alter von 20—30 Jahren. Der Lehrkursus dauert ein volles Jahr; die Ausbildungskosten — etwa 400 Kronen (50 Kronen für den Unterricht und 350 Kronen für die Verpflegung) — muss die Hebammenschülerin selbst bezahlen, wenn ihr nicht, was bei den als Bezirkshebammen in Aussicht genommenen Schülerinnen meist geschieht, von ihrer Heimatsgemeinde eine Unterstützung gewährt wird. Nach Vollendung der Lehrzeit hat die Schülerin eine Prüfung zu bestehen[1]); sie erhält dann ihren Lehrbrief und wird gleich vereidigt.

Zahl, Stellung und Einkommensverhältnisse der Hebammen. Man unterscheidet freipraktizierende, Bezirks- und Reservehebammen; unter den letzteren versteht man die Anwärterinnen für die Bezirkshebammen. Die Gesamtzahl der Hebammen beträgt zur Zeit 1053, so dass auf eine Hebamme etwa 2300 Einwohner oder 69 Entbindungen entfallen (in Preussen: 1700 Einwohner und 55 Entbindungen). Von den 1053 Hebammen sind 303 = 29,0 pCt. freipraktizierende, 750 = 71,0 pCt. Bezirks- (726) bzw. Reserve- (24) Hebammen; in Preussen stellt sich dieses Verhältnis wie 41,32 zu 59,68 pCt. Den Hebammen steht, soweit sie sich nicht anstellen lassen, die Wahl ihres Wirkungskreises frei. Freipraktizierende Hebammen sind hauptsächlich in den Städten vorhanden; in Kopenhagen gibt es z. B. nur solche. Sie erhalten für die von ihnen geleiteten Entbindungen armer weiblicher Personen von den betreffenden Gemeinden eine vereinbarte Gebühr, in Kopenhagen 8, in anderen Gemeinden 4 Kronen.

1) Die Prüfungskommission besteht aus dem Leiter der Entbindungsanstalt, einem Mitgliede des Gesundheitskollegiums, dem Stadtarzt von Kopenhagen und einem als Lehrer an der Hebammenschule angestellten Arzte.



Die Bezirkshebammen bekommen einen bestimmten Distrikt überwiesen und dürfen in anderen Bezirken ihre Berufstätigkeit nicht ausüben, es sei denn aushilfsweise oder auf besondere Anordnung des Distriktsarztes. Leitet eine Bezirkshebamme in einem anderen Bezirk eine Geburt, so hat die zuständige Hebamme Anspruch auf die Hälfte der ihr dadurch entgangenen Gebühr.

Die soziale Stellung und das Einkommen der Hebammen sind verhältnismässig gute; infolgedessen rekrutieren sie sich auch mehr aus besseren Kreisen als dies bei uns der Fall ist. Es kommt ausserdem hinzu, dass Aerzte zu regelmässigen Entbindungen, selbst in wohlhabenden Familien nur selten hinzugezogen werden. Die Gebühren für eine Entbindung schwanken je nach den Vermögensverhältnissen der Familien zwischen 1—20 Kronen nebst freier Beförderung, die von den Gemeinden gestellt wird. Die Bezirkshebammen erhalten ausserdem ein Gehalt von 130—160 Kronen, das sich nach 10jähriger guter Dienstzeit um 40, und nach 15jähriger um 80 Kronen erhöht. Ferner wird ihnen auf dem Lande eine entsprechende Wohnung mit Garten, Gras und Winterfutter für eine Kuh oder 12 Kronen in barem Gelde, in der Stadt eine aus 1—2 Stuben und 1 Küche bestehende Wohnung oder 60—80 Kronen Mietsentschädigung gewährt. Bei Nichtgewährung von Naturalbezügen wird die Höhe des zu zahlenden Gehaltes vom Justizminister festgesetzt. Für das Gehalt sind die Bezirkshebammen nur verpflichtet, arme und unbemitttelte Schwangere unentgeltlich zu entbinden; in allen anderen Fällen haben sie Anspruch auf die taxmässigen Gebühren. Ausserordentlich günstig sind endlich ihre Pensionsverhältnisse; nach 20jähriger Dienstzeit steht ihnen nämlich bei Invalidität eine Pension von 250 Kronen, nach 25jähriger Dienstzeit eine solche von 300 Kronen zu, die von dem betreffenden Bezirk zu entrichten ist oder in den Landgemeinden meist von dem Amtsverteilungsfonds bezahlt wird. Häufig werden von diesem auch die Kosten für die Desinfektionsmittel getragen.

Beaufsichtigung und Berufspflichten der Hebammen. Die Hebammen gehören nach ihrer Instruktion vom 25. November 1896 zu den Landesmedizinalpersonen und sind alle, gleichgültig, ob Bezirks- oder freipraktizierende Hebammen, hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit der Beaufsichtigung durch die Medizinalbehörden — Gesundheitskollegium, Physikus, Stadt- und Distriktsarzt — unterworfen. Vor Beginn ihrer Tätigkeit müssen sie sich beim Distriktsarzte persönlich, beim Amtmann und Physikus schriftlich melden; desgleichen

sind sie verpflichtet, ein Hebammentagebuch zu führen, in das sie jede Geburt spätestens am nächsten Tage einzutragen haben. Sie müssen die Wöchnerinnen, falls keine besondere Wochenbettpflegerin angenommen ist, was in den Städten meist geschieht, bis zur Beseitigung der Gefahr für Mutter und Kind besuchen, jeden in ihrer Praxis vorkommenden Fall von Kindbettfieber, Schälblasen und Augenentzündung der Neugeborenen dem Distriktsarzt anzeigen, der dem Physikus hierauf Meldung erstattet[1]). Durch diesen kann dann die Hebamme auf bestimmte Zeit von ihrer Tätigkeit suspendiert werden, erhält jedoch während dieser Zeit eine Entschädigung. Bei gröberen Vergehen sind Geldstrafen von 2—100 Kronen zulässig, die vom Physikus, in Kopenhagen vom Stadtarzte verhängt werden; desgleichen ist der Amtmann — in Kopenhagen das Gesundheitskollegium — berechtigt, einer Hebamme das Prüfungszeugnis zu entziehen oder sie durch Kürzung des Gehaltes bzw. ihrer Pension zu bestrafen; gegen alle diese Bestrafungen kann Rekurs beim Justizminister erhoben werden, der dann endgültig entscheidet.

Alljährlich müssen sich sämtliche Hebammen einer Nachprüfung durch den Physikus im Beisein des Distriktsarztes unterziehen; bei dieser Gelegenheit wird auch kontrolliert, ob sich ihr Instrumentarium in gutem und vollständigem Zustande befindet.

Hebammenpfuscherei gehört zu den Seltenheiten trotz der in manchen Gegenden verhältnismässig weiten Entfernungen bis zum Wohnsitz einer Hebamme und trotzdem diese Pfuscherei nicht strafbar ist.

5. Niederes Heilpersonal. Heilgehilfen gibt es in Dänemark nicht, sondern nur Masseure, die sich jedoch weder einer staatlichen Prüfung zu unterziehen, noch bei einem beamteten Arzte zu melden brauchen und auch keiner Kontrolle durch diesen unterliegen. Sie dürfen aber nur auf Grund ärztlicher Anweisung Massage ausüben.

Betreffs der Krankenpfleger, Desinfektoren, Leichenschauer siehe die Abschnitte Heilanstalten, Bekämpfung ansteckender Krankheiten und Begräbniswesen.

---

1) Die Hebammen müssen ausserdem jede Totgeburt auf einem besonderen Anmeldungsformular dem Pfarrer anzeigen und für jedes uneheliche Kind mit Rücksicht auf etwaige Paternitätsfragen in Alimentationssachen ein besonderes Formular ausfüllen, auf dem die genauen Entwickelungszeichen des Kindes anzugeben sind.



III. Apothekenwesen und Verkehr mit Arzneimitteln, Geheimmitteln und Giften ausserhalb der Apotheken.

1. Apotheker und Hilfspersonal in den Apotheken. Die Anforderungen an die wissenschaftliche Vor- und Ausbildung der Apotheker sind in Dänemark ungefähr die gleichen wie bei uns, nur mit dem Unterschiede, dass sie $3^1/_2$ Jahre als Lehrlinge tätig sein müssen und das Gehilfenexamen durch den Physikus abgehalten wird. Das Staatsexamen wird nach zweijährigem Studium an der pharmazeutischen Schule in Kopenhagen absolviert. Der Zudrang zum Apothekerberufe ist zurzeit so gross (ungefähr 650 bei 202 Apotheken), dass nur etwa die Hälfte der Apothekergehilfen in den Apotheken Verwendung finden kann, die andere Hälfte sucht Beschäftigung in anderen Berufszweigen. Zwischen den Apothekenbesitzern und den Apothekergehilfen hat übrigens in den letzten Jahren ein langer Kampf über Stellung, Arbeitszeit und Gehalt der letzteren geschwebt, der erst zu Anfang 1905, und zwar im grossen und ganzen zu Gunsten der Gehilfen entschieden ist. Nach einem Uebereinkommen zwischen dem dänischen Apothekerverein und dem pharmazeutischen Gehilfenverein soll in Apotheken mit 7—14000 Kronen Rezepturumsatz die wöchentliche durchschnittliche Arbeitszeit der Gehilfen nicht mehr als 58—62 Stunden und das Mindestdurchschnittsgehalt der Arbeitszeit entsprechend 1600—1670 Kronen betragen. Wird in den Apotheken von 12—14000 Kronen Umsatz nur ein Gehilfe gehalten, so steigt das Gehalt um 50 Kronen. In den Apotheken mit 14—21000 Kronen Umsatz ist die Arbeitszeit auf 56 bis 60 Stunden, das Gehalt auf 1700—1800 Kronen, in den Apotheken mit 21—28000 Kronen auf 54—58 Stunden bzw. 1800—1900 Kronen, in den Apotheken mit mehr als 28000 Kronen auf 52—56 Arbeitsstunden bzw. 1850—1950 Kronen vereinbart. Für Ueberstunden sind diesen Gehaltsklassen entsprechend 0,7, 0,8, 0,9 und 1,0 Krone für jede Stunde zu zahlen. Kost und Wohnung werden mit 600 Kronen berechnet; in der Regel wird diese aber von den Gehilfen nicht gewünscht. Durch dieses Uebereinkommen haben die Gehilfen vor allem erreicht, dass in den Apotheken genügend Personal Beschäftigung findet und dieses nicht überarbeitet wird; denn die tägliche Arbeitszeit beträgt nur 8—9 Stunden. Ausserdem enthält das Uebereinkommen noch Bestimmungen über den Nachtdienst, Gewährung von Urlaub (jährlich 14 Tage) usw. Von den Gehilfen wird auch ver-



langt, dass sich der Apothekenbesitzer selbst wenig oder garnicht an der eigentlichen Arbeit in der Apotheke beteiligt, und dass weibliche Personen nur zum Abfassen von Handverkaufsartikeln oder an der Kasse beschäftigt werden. Eine derartige Beschäftigung weiblicher Personen in den Apotheken ist zulässig und wird von den Gehilfen auch ganz gern gesehen, da ihnen dadurch gerade die ihnen nicht sympathischen Arbeiten abgenommen werden. Es können in Dänemark aber auch weibliche Personen zum Apothekerberuf unter den gleichen Bedingungen wie männliche zugelassen werden.

2. Die Gesamtzahl der **Apotheken** — 202 selbständige und 6 Filialapotheken — ist im Vergleich zu der Bevölkerungszahl eine geringe, denn es entfallen durchschnittlich 12000 Einwohner auf eine selbständige Apotheke. Allerdings ist die Zahl der sogenannten distribuierenden Aerzte (224) verhältnismässig gross; da diese aber nur aus Apotheken bezogene und hier abgefasste Arzneien abgeben dürfen, so leiden die Apotheken dadurch wenig Schaden. Selbstdispensierende Aerzte sind dagegen, was bereits vorher erwähnt ist, nur sehr wenige (8) vorhanden, und selbstdispensierende Homöopathen gibt es überhaupt nicht. Nur die Tierärzte besitzen ebenso wie bei uns das Dispensierrecht; alle Bemühungen der Apotheker, dies zu beseitigen, sind bisher an dem Widerstand der landwirtschaftlichen Kreise gescheitert.

Trotz des Dispensierrechts der Tierärzte und trotz der niedrigen Arzneitaxe (s. später) ist der Geschäftsumsatz der Apotheken ein ziemlich hoher; die Ursache davon liegt teils in dem verhältnismässig grossen Absatzgebiet, teils aber auch darin, dass in Dänemark der Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken erheblich mehr beschränkt ist, als in Deutschland. In Kopenhagen und in den grösseren Provinzialstädten gibt es z. B. Apotheken, in denen täglich 250—300 Rezepte angefertigt werden, und die einen Umsatz bis 200000 Kronen haben; auf dem platten Lande ist der Umsatz selbstverständlich erheblich geringer, geht aber wohl nur ausnahmsweise unter 7—8000 Kronen herunter. Der Kaufpreis der Apotheken ist mindestens ebenso hoch wie in Deutschland; er soll durchschnittlich das Achtfache des Umsatzes betragen und in den letzten Jahren eher gestiegen als gefallen sein. Als Grund für diese hohen Apothekenpreise wird nicht mit Unrecht die geringe Zahl der verkäuflichen Apotheken angeführt. Es gibt in Dänemark nämlich zwei Arten von Apotheken: privilegierte und persönlich konzessionierte; nur die ersteren



(„reelle Privilegien" genannt) — im ganzen 84 — sind frei verkäuflich und vererblich, die übrigen (118) rein personell. Die privilegierten Apotheken dürfen jedoch nur an approbierte Apotheker, die mindestens 25 Jahre alt sind, verkauft werden; handelt es sich um eine Apotheke in der Hauptstadt, so muss der Käufer das Examen mit „sehr gut" bestanden haben. Zur Fortführung einer solchen Apotheke bedarf es ausserdem stets der zuvorigen Genehmigung des Königs, für die seit 1890 eine nach der Höhe des Umsatzes zu berechnende einmalige Gebühr zu entrichten ist. Nach dem Tode des Inhabers steht auch der Witwe das Recht zu, die Apotheke durch einen den Anforderungen entsprechenden approbierten Apotheker verwalten zu lassen. Alle nach 1842 neuangelegten Apotheken sind dagegen reine Personalkonzessionen; sie fallen nach dem Tode des zeitigen Konzessionsinhabers an den Staat zurück, ohne dass die Witwe berechtigt ist, sie weiter verwalten zu lassen,[1]) und werden von Neuem ausgeschrieben. Der neue Konzessionar, der zur Uebernahme der Einrichtung und der Waren, aber nicht des Hauses, verpflichtet ist, wird, ebenso wie bei Neuanlagen, auf Vorschlag des Justizministers vom König bestätigt. Auf Grund des Gesetzes vom 13. April 1894[2]) haben die Inhaber einer persönlichen Konzession, sobald sie in ihrer Apotheke eine höhere Nettoeinnahme als 3000 Kronen erzielen, eine jährliche Abgabe an den Staat zu entrichten, und zwar diejenigen, die vor 1895 die Konzession erhalten haben, eine einmalige, alle anderen eine jährliche, deren Höhe sich nach dem Gesetz vom 10. April 1895 betreffend Abgaben für persönliche Apothekenkonzessionen nach der Grösse der Nettoeinnahme richtet. Für die Verwendung dieses Fonds ist im Gesetz ein bestimmter Zweck nicht angegeben, die Entscheidung vielmehr dem Justizminister im Einverständnis mit dem Landtag überlassen; beabsichtigt ist, ihn zur Unterstützung von Apothekergehilfen, Apothekerwitwen und -waisen, sowie zur Errichtung von neuen Apotheken an abgelegenen Orten oder Ablösung von Privilegien zu benutzen. Trotz der verhältnismässig hohen Abgabe ist der Fonds erst auf 400000 Kronen angewachsen. Die Abgabe steigt nämlich je nach der Höhe des Um-

1) Gewöhnlich wird es jedoch der Witwe, wenn sie nicht notorisch reich ist, gestattet, die Apotheke noch für einige (5—10) Jahre von einem pharmazeutischen Provisor, dessen Wahl vom Gesundheitskollegium bestätigt werden muss, verwalten zu lassen.

2) S. Veröffentl. d. K. Gesundheitsamtes. 1894. No. 52. S. 920.



satzes von $1/8$ bis $1/2$ der Nettoeinnahme; nach der etwas komplizierten Rechnung beträgt z. B. die Abgabe bei Nettoeinnahmen von 5000 Kronen: 320 Kronen, 10000 Kronen: 2060 Kronen, 15000 Kronen: 5060 Kronen und 20000 Kronen: 10000 Kronen.

Neuanlagen werden auf Vorschlag des Gesundheitskollegiums[1]) durch den Justizminister genehmigt und dann ausgeschrieben. Von den Bewerbern schlägt das Gesundheitskollegium, bei dem die Bewerbungen einzureichen sind, drei dem Justizminister vor; die von diesem getroffene Wahl bedarf der Genehmigung des Königs. Die Aussichten, eine persönliche Konzession, neue oder heimgefallene, zu erhalten, sind in Dänemark wesentlich ungünstiger als bei uns; vor dem 45.—50. Lebenjahre wird sie wohl kaum einem Apotheker zuteil, zumal es nur verhältnismässig selten zu Neuanlagen kommt.

Ebenso wie bei uns, gibt es in Dänemark sowohl eine Pharmakopoe, als eine Apothekenbetriebsordnung und Arzneitaxe. Die Pharmakopoe entspricht im grossen und ganzen dem Deutschen Arzneibuch, nur sind in ihr mehr Arzneimittel als in diesem aufgeführt. Sie ist vor Kurzem durch Königliche Verordnung vom 31. Mai 1907 neu erlassen. Die zurzeit noch geltende Apothekenbetriebsordnung vom 2. April 1870 enthält Vorschriften über die Apothekenräumlichkeiten, deren Einrichtung, Bezeichnung der Standgefässe, Anfertigung der Arzneien usw. Hervorgehoben zu werden verdient hierbei, dass die Ausstattung der Laboratorien etwas reichhaltiger ist, als bei uns, und dass vor allem viel mehr darin gearbeitet wird, wie in den meisten deutschen Apotheken. Chemikalien werden allerdings meist aus Deutschland bezogen, galenische Mittel aber fast ausnahmslos in der Apotheke selbst angefertigt. Ueber die Bezeichnung und Aufbewahrung der Arzneimittel weichen die Bestimmungen erheblich von den unsrigen ab: Einen Giftschrank kennt man z. B. in den dänischen Apotheken nicht, die Gifte und scharfwirkenden Stoffe werden gemeinschaftlich in einem Schranke aufbewahrt und sind nicht durch andere Farben der Signatur von den übrigen Mitteln gekennzeichnet, sondern nur durch drei Kreuze; Verwechselungen sollen trotzdem nicht vorkommen.[2]) Auch in bezug auf das Vorrätighalten von fertigen

1) In den letzten Jahren sind jedoch auch ohne Vorschlag und Zustimmung des Kollegiums Neuanlagen unmittelbar vom Justizminister ausgeschrieben.

2) Nach dem neuen dänischen Arzneibuch muss jetzt übrigens auch ein Giftschrank für die sogenannten direkten Gifte (Tab. B des Deutschen Arzneibuches) vorhanden sein.



Pulvern, Lösungen usw. bestehen in Dänemark laxere Bestimmungen. Sämtliche Rezepte werden kopiert und die Kopie auch auf die Signatur getragen, wenn es der Arzt nicht ausdrücklich untersagt hat; stets muss aber nicht nur auf dem Rezept, sondern auch auf der Signatur der Name des Rezeptars angegeben werden, unseres Erachtens eine recht zweckmässige Vorschrift. Es sind von uns je eine grössere, mittlere und kleinere Apotheke besichtigt; alle drei waren recht gut und zweckmässig eingerichtet, auch ihr Betrieb machte einen durchaus vorteilhaften Eindruck.

Die Arzneitaxe ist in Dänemark niedriger als in allen anderen Ländern; nach einer vor kurzem von einem Apotheker in Warschau gemachten Zusammenstellung stellt sich das Verhältnis bei der Rezeptur, Russland mit 100 als Einheit angenommen, wie folgt: Dänemark 74,5, Russland 100, Schweden 102,8, Oesterreich 103,0, Deutschland 103,6, Italien 109,52, Schweiz 120,3, Frankreich 131,54, England 170,20. Auch im Handverkauf werden die Arzneimittel ausserordentlich billig und dabei in weit besserer Aufmachung als bei uns abgegeben, jedenfalls das beste Mittel, um der Konkurrenz mit den Materialisten auch hinsichtlich der freigegebenen Mittel mit Erfolg zu begegnen. Gegenüber der unlauteren Konkurrenz im eigenen Lager haben die Apotheker in Kopenhagen eine Vereinbarung getroffen, wonach bei 100—500 Kronen Strafe Taxunterbietungen verboten sind.

Interessant ist übrigens, dass das obligatorische Vorrätighalten von Eis allgemein als sehr lästig betrachtet und deshalb namentlich von Landapothekern häufig um Dispens davon nachgesucht wird, der dann auch stets erteilt wird, sobald die Beschaffung von Eis auf anderem Wege (von Molkereien usw.) möglich ist.

Beaufsichtigung der Apotheken: Die Apotheken werden alle 2 Jahre von dem Physikus, in Kopenhagen von dem Stadtarzte, in Gemeinschaft mit einem pharmazeutischen Bevollmächtigten und unter Zuziehung des Distriktsarztes revidiert. Das Ergebnis der Besichtigung wird in ein für jede Apotheke vorgeschriebenes Protokollbuch eingetragen, eine Abschrift erhält das Gesundheitskollegium und der betreffende Apotheker. Bestrafungen der Apotheker bei ungenügendem Ergebnis der Besichtigung finden so gut wie niemals statt; die Beseitigung der vorgefundenen Mängel wird dann durch baldige Wiederholung der Revision kontrolliert. Bei geringeren Mängeln wird angenommen, dass der Apotheker diese auch ohne Kontrolle abstellt. Die



Depots der distribuierenden Aerzte, die ärztlichen Dispensieranstalten in abgelegenen Ortschaften und in Krankenhäusern werden ebenfalls in der angegebenen Weise revidiert und meist in Ordnung gefunden.

Verkehr mit Arzneimitteln, Giften und Geheimmitteln ausserhalb der Apotheken. Wie schon vorher erwähnt ist, sind in Dänemark weit weniger Arzneimittel dem freien Verkehr überlassen als im Deutschen Reich. Die Materialisten geben sich allerdings auch hier alle Mühe, das Verzeichnis der freigegebenen Arzneimittel tunlichst zu erweitern, haben aber bisher in dieser Hinsicht wenig Erfolg gehabt; es mag dies wohl hauptsächlich daran liegen, dass die Bevölkerung selbst bei den billigen Handverkaufspreisen der Apotheken ein solches Bedürfnis nicht anerkennt. Zur Zeit ist dieser Verkehr durch die Königliche Verordnung vom 6. November 1897[1]) und durch die Bekanntmachung des Justizministeriums vom 8. November 1897 geregelt.[2]) In zwei der ersteren beigegebenen Verzeichnissen sind diejenigen nicht zubereiteten Arzneimittel aufgeführt, deren Verkauf in kleineren Mengen als 40 Kronen Verkaufspreis bzw. 5 oder 10 Kronen Verkaufspreis nur in den Apotheken abgegeben werden dürfen. Der Ministerial-Bekanntmachung sind ebenfalls zwei Verzeichnisse beigefügt, von denen das eine die von freiem Verkehr ausgeschlossenen, das andere die für den allgemeinen Handverkauf freigegebenen, nicht zubereiteten und zubereiteten Arzneien enthält. Danach sind z. B. reine Karbolsäure, Salizylsäure, Hoffmannstropfen, Bleiwasser, Senfpflaster, Heftpflaster, Flor. Verbasci, Fol. Sennae, Salviae und Uvae Ursi, Pepsin usw. von freiem Verkehr ausgeschlossen; der beste Beweis, wie beschränkt noch bisher das Debit der Drogenhändler ist.

Auch der Verkauf von Geheimmitteln zu innerem und äusserem Gebrauch (Arcana medicata) ist den Apothekern ausschliesslich vorbehalten, desgleichen mit wenigen Ausnahmen derjenige von Giften. Ueber den Verkehr mit diesen besteht ein ganz veraltetes Gesetz; der

1) Veröffentl. des Kais. Gesundheitsamtes; 1905, No. 45, S. 1214 u. ff.

2) Durch Königliche Verordnung vom 30. September 1905 und Ministerial-Bekanntmachung vom 10. Oktober 1905 sind inzwischen die bisher geltenden Vorschriften neu erlassen, haben jedoch nur in bezug auf die beigegebenen Verzeichnisse einige Aenderungen zu Gunsten der Drogenhändler erhalten. So sind jetzt z. B. Ol. Jecor. Aselli, Lichen Islandicus, Fructus Anisi und Fructus Juniperi, Lippenpomade, Sapo medicatus usw. dem freien Verkehr überlassen; im grossen und ganzen ist aber nach wie vor die Freigabe von Arzneimitteln und Arzneizubereitungen eine sehr beschränkte geblieben.



Entwurf zu einem neuen ist schon lange ausgearbeitet, aber noch nicht verabschiedet.

Eine Kontrolle und Revision der Drogenhandlungen durch die Gesundheitsbeamten oder Polizeibehörden findet bisher nicht statt.

IV. Wohnungshygiene, Beseitigung der Abfallstoffe, Flussverunreinigung.

1. **Wohnungshygiene.** Mit der Wohnungshygiene hat der beamtete Arzt in Dänemark im allgemeinen nichts zu tun. Es gehört zu den Obliegenheiten der Gesundheitskommissionen, örtliche Bestimmungen über die Reinhaltung der Ortschaften und Wohnungen, über den Verbleib der festen und flüssigen Abgänge, über die Erfüllung der für ein gesundes Wohnen notwendigen Anforderungen usw. zu erlassen. Es kommt daher viel auf das hygienische Verständnis der Einwohner an; wo dieses fehlt, fehlen auch wohnungshygienische Vorschriften und umgekehrt. Für die Provinzialstädte ist die Bauordnung vom 30. Dezember 1858 massgebend; es bestehen hier auch überall Baukommissionen, die über die Ausführung der baupolizeilichen Vorschriften wachen. Aber ebenso wie die von den Gesundheitskommissionen in bezug auf die Reinhaltung der Ortschaften usw. erlassenen Vorschriften, so fällt auch bei den baupolizeilichen Bestimmungen die Art ihrer Durchführung sehr in die Wagschale und diese lässt, ebenso wie anderwärts, manches zu wünschen übrig, obwohl das Gesetz über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten vom 31. März 1900 (s. später) eine Handhabe gibt, gegen ungesunde und überfüllte Wohnungen einzuschreiten. Im allgemeinen haben sich jedoch, besonders in den letzten Jahrzehnten, die Wohnungsverhältnisse in Dänemark gebessert. In den Städten macht sich neben den mehrstöckigen (in Kopenhagen bis 5 und 6 stöckigen) Mietskasernen immer mehr die freie villenartige Bauart namentlich in den neuen, an der Peripherie der Städte gelegenen Teilen geltend; auch bei Arbeiterwohnungen findet man hier, allerdings nur vereinzelt, Ein- und Zweifamilienhäuser. Kellerwohnungen sind eigentlich nur in der Hauptstadt und einigen grösseren Provinzialstädten vorhanden; ihre Zahl ist aber von Jahr zu Jahr geringer geworden. Einen wohltätigen Einfluss in bezug auf die Besserung der städtischen Wohnungsverhältnisse hat das Gesetz vom 26. Februar 1898 bewirkt betreffend öffentliche Darlehen für Umbauung überfüllter und unhygienischer Stadtteile in Kopen-



hagen und in den Provinzialstädten und für Aufführung von Arbeiterwohnungen.

Auf dem Lande verschwinden allmählich die niedrigen und dumpfen Häuser und werden durch solche mit gesunden und luftigen Räumen ersetzt. Die Bauart entspricht der niedersächsisch-ostfriesischen; Einzelgehöfte sind vorherrschend; desgleichen findet man noch verhältnismässig viele Fachwerkbauten mit Holz- oder Rohrdächern. Nur aus Holz aufgeführte Wohngebäude wie in Schweden und Norwegen sind dagegen in Dänemark nicht üblich.

Während überfüllte Wohnungen auf dem Lande seltener beobachtet werden, sind sie in den Städten, namentlich in den grösseren Städten und besonders in Kopenhagen, noch ziemlich häufig, wenn auch nicht mehr, sondern eher weniger als in anderen Grossstädten. Wohnungen mit zwei Zimmern und einer Küche bilden hier die Regel für die Arbeiterbevölkerung; seltener sind Wohnungen mit nur einem Zimmer und Küche, ganz selten solche mit einem Zimmer ohne Küche. Schlaf- und Kostgänger finden leider auch in beschränkten Wohnungen vielfach Aufnahme.[1]) Die in der Kopenhagener Gesundheitsordnung vom 1. Mai 1886 vorgeschriebenen Mindestforderungen für Logierhäuser und Herbergen, Schlafstellen usw. entsprechen im allgemeinen den bei uns üblichen: 6,5 cbm Luftraum, im Keller und Dachgeschoss 7,5 cbm, 2,7 qm Bodenfläche bei 2,5 m lichter Höhe; über die Grösse der Fensterfläche bestehen dagegen keine Bestimmungen. Die Kontrolle der Schlafstellen, Herbergen usw. liegt den Gesundheitskommissionen ob; die Annahme von Kost- und Schlafgängern muss bei der Gesundheitskommission angemeldet und kann von dieser untersagt werden, wenn den vorher genannten Anforderungen nicht genügt ist.

Die ersten gemeinnützigen Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene sind in Kopenhagen von Aerzten ausgegangen, die den Rest eines von ihnen im Jahre 1853 zur Cholerazeit

1) Von 100 Wohnungen enthielten in Kopenhagen:

	1880	1901
1 Zimmer und Küche	17 pCt.	13 pCt.
2 „ „ „	33 „	41 „
3 „ „ „	17 „	17 „
4 „ „ „	14 „	15 „
mehr als 4 Zimmer	19 „	14 „

Die durchschnittliche Wohnungsfläche pro Einwohner betrug 1906: 20 qm.

gesammelten, aber nicht aufgebrauchten Fonds zur Beschaffung von billigen und gesunden Arbeiterwohnungen bestimmten und zu diesem Zwecke einen ärztlichen Bauverein (Laegeforeningens Boliger) gründeten, aus dem im Jahre 1865 ein „Verein für Beschaffung gesunder und billiger Wohnungen für die unbemittelten Volksklassen“ (Foreningen til Opförelse af sunde og billige Boliger for de ubemidlede Klasser) entstand, an dessen Leitung und Tätigkeit aber nach wie vor Aerzte in hervorragender Weise beteiligt sind. Der Verein besitzt z. Z. über 720 Wohnungen, die in 30 verschiedenen Häusern untergebracht sind. Die älteren Gebäude sind zweistöckig und enthalten in jedem Geschoss 16 Wohnungen mit je 3 (Stube, Kammer und Küche) oder 2 (Küche und Stube) Räumen; ausserdem ist bei jeder Wohnung Wasserleitung, eine schrankartige Speisekammer und ein Raum für Feuerung vorhanden; die Abortanlagen — jetzt Wasserklosetts — sind in einem besonderen Gebäude untergebracht. Die Wohnungen mit 3 Räumen sind für Familien, diejenigen mit 2 Räumen für einzelstehende Personen oder kinderlose Eheleute bestimmt, werden aber auch, wie eine Besichtigung ergab, mitunter von kinderreichen Familien benutzt. In den älteren Gebäuden waren die Wohnungen in hygienischer Hinsicht ziemlich mangelhaft; einen weit günstigeren Eindruck machten sie dagegen in den neueren Gebäuden des Vereines, die einstöckig sind und vollständig getrennte kleine Familienwohnungen enthalten, bestehend aus einer im Erdgeschoss gelegenen Wohnstube, Küche nebst Speisekammer, einer Kammer im Dachgeschosse und einem Gerätschaftsgelass. Einige von diesen Wohnungen haben auch 4 Räume (1 Stube, 2 Kammern und 1 Küche). Ihr Mietspreis ist für Kopenhagener Verhältnisse sehr billig; er beträgt für eine Wohnung mit einem Zimmer und Küche 84—96 Kronen, für eine solche mit Stube, Kammer und Küche 108—144 Kronen und für eine Wohnung mit Stube, 2 Kammern und Küche 144—174 Kronen; ausserdem tritt bei langjähriger Miete auch häufig eine Ermässigung ein. Derselbe Verein hat auch ein Waisenhaus und eine Badeanstalt mit Wannen- und Brausebädern gebaut. Die Badeanstalt war ursprünglich nur für die Familien in den Arbeiterwohnungen des Vereins bestimmt, ist aber jetzt der allgemeinen Benutzung freigegeben und wird, da sie recht zweckmässig eingerichtet ist, sehr viel von anderem Publikum besucht.

Ausser diesem Bauverein sind in Kopenhagen noch mehrere andere derartige gemeinnützige Vereine vorhanden; darunter ein Arbeiter-

bauverein, der über 13000 Mitglieder zählt. Nach seinen Satzungen kann jede unbescholtene Person, auch Frauen und Kinder, Mitglied werden gegen 2 Kronen Eintrittsgeld und einen wöchentlichen Beitrag von 35 Oere (also jährlich 13 Kronen 10 Oere), der bei bei Krankheit, Arbeitslosigkeit sowie während der Einberufung zum Militär nicht gezahlt zu werden braucht. Die dem Vereine gehörenden Häuser werden, falls eins mietsfrei oder neugebaut wird, zwischen sämtlichen Mitgliedern verlost und können dann entweder gemietet werden oder in Eigentum übergehen; letzteres ist aber erst nach Ablauf von 10 Jahren statthaft. Der Mietspreis entspricht den Zinsen des Anlagekapitals für Grundstück und Baukosten; der Mieter muss jedoch das Haus im Stand halten. Ein durch den Verein erzielter Ueberschuss wird nach 10 pCt. Abzug für den Reservefonds unter die Mitglieder verteilt; treten diese aus, so erhalten sie die eingezahlten Beiträge ohne Abzug zurück, im Falle ihres Todes werden diese den Erben ausgezahlt. Bis zum Jahre 1906 hatte der Arbeiterbauverein 1234 Häuser aufgeführt. Die Mietspreise richten sich nach der Lage der Häuser und der Wohnung, sowie nach der Grösse und betragen für 2 Zimmer, 1 Küche mit Speisekammer, Kellerraum und Trockenboden 176—208 Kronen, in der ersten Etage 184—240 Kronen jährlich, sind also erheblich höher als bei dem ärztlichen Bauverein. Die Wohnungen sind jedoch besser, haben einen kleinen Vorgarten, eine gemeinschaftliche Waschküche und Brausebad und dürfen auch gegen Entgelt an andere Personen z. T. abvermietet werden. Ausserdem ermässigt sich die Miete von Jahr zu Jahr, so dass die Familien nach 24 Jahren mietfrei wohnen, falls sie nicht vorher Eigentümer des Hauses geworden sind. Auch in den grösseren Provinzialstädten sind vielfach ähnliche derartige Bauvereine vorhanden.

2. Für die Art der **Beseitigung der Abfallstoffe** sind in allen Städten, zum Teil auch auf dem Lande, örtliche Gesundheitskommissionsverordnungen erlassen, die sowohl in bezug auf die Ableitung der Abwässer, als in bezug auf die Beseitigung der festen Abfallstoffe Vorschriften enthalten. In Kopenhagen und in der grossen Mehrzahl der Städte werden die Regen- und Hausabwässer durch Kanäle abgeführt, offene Strassengossen sind nur noch in wenigen Städten vorhanden. Auf dem Lande sieht man dagegen wie bei uns oft genug in offenen Gräben stagnierende Schmutzwässer, die sich dem Geruchssinn unangenehm bemerkbar machen. Diese Missstände werden hier jedoch durch den weitläufigen Bau der Dörfer und durch



das Vorherrschen von Einzelgehöften inmitten des dazu gehörigen Ackerlandes gemildert.

Ableitung der Abwässer und Fäkalien durch Schwemmkanalisation in Verbindung mit Wasserklosetts findet allgemein nur in Helsingör und Nakskov auf Laaland statt; in dem letzteren Orte mit Rieselfelderanlage, während in dem ersteren die Ableitung direkt in das Meer erfolgt. In den übrigen Städten sind jedoch in den besseren Privat- und Mietshäusern sowie in den Hotels ebenfalls vielfach Wasserklosetts üblich. Besonders gilt dies von Kopenhagen, wo etwa 40 pCt. der Häuser Wasserklosetts besitzen[1]), die an die Kanalisation angeschlossen sind; die Kanalwässer werden hier schliesslich durch eine Hauptleitung unter dem Hafen nach Amager, wo eine Hauptpumpstation liegt, geführt und von hier durch eine 2 km lange Druckleitung ins Tiefwasser bei Oeresund ausgepumpt. In den anderen Städten ist die Ableitung von Wasserklosetts in die Kanalisation dagegen meist verboten; man hilft sich dann hier mit Gruben oder bei grösseren Gebäuden (Krankenhäusern usw.) mit sogenannten „Septic tanks", deren Inhalt abgefahren wird. Ziemlich selten sind biologische Kläranlagen vorgesehen, z. B. im Veile-Sanatorium (Jütland), im Königl. Schloss zu Fredensborg u. a.

Das Kübelsystem ist in Dänemark wenigstens in den Städten vorherrschend und hier teils obligatorisch eingeführt unter Ausschluss von Gruben, die z. B. in Kopenhagen verboten sind, teils sind Gruben gleichzeitig gestattet. Fast ausnahmslos werden die Kübel im Abort aufgestellt, Kübel oder Tonnen in Verbindung mit Abfallrohren sind sehr selten im Gebrauch; auch Torfstreu hat bei dem Kübelsystem bisher nur wenig Verwendung gefunden.

In Kopenhagen ist das ganze Abfuhrwesen durch Vertrag der Stadtverwaltung mit einer Aktiengesellschaft geregelt. Danach müssen die mit luftdicht abschliessenden Deckeln versehenen, eisernen, nach Bedarf asphaltierten, nach jedem Gebrauche gereinigten Kübel von der Gesellschaft gestellt und während der Nacht in offenen Wagen abgefahren werden. Ihr Inhalt wird in ein grosses ausserhalb Kopenhagens gelegenes Sammelbassin entleert, durch ein Rührwerk von den festen Bestandteilen, Papier usw., einigermassen befreit und dann an Landwirte abgegeben, die den Inhalt in grossen fahrbaren Tonnen abholen. Die nicht abgeholten flüssigen Mengen werden durch die

1) Für die übrigen Häuser ist das Tonnensystem obligatorisch.



bei der Fäkalienabladestation gelegene Hauptpumpstation dem Hauptkanal zugeführt und durch diesen in das Meer abgeleitet. Von der Art der Anfuhr, des Abladens, der Behandlung der Kübel usw. haben wir uns in Kopenhagen überzeugt. Sie ist im allgemeinen gut geregelt, auch die Einrichtungen können als zweckmässig bezeichnet werden, nur die Wasch- und Badeeinrichtungen sowie die Umkleideräume für die Arbeiter entsprechen nicht den hygienischen Anforderungen; trotzdem sollen sich die Arbeiter eines guten Gesundheitszustandes erfreuen und höchst selten Infektionskrankheiten bei ihnen vorkommen.

In den übrigen Städten Dänemarks weichen die örtlichen Vorschriften hinsichtlich des Kübelsystems vielfach von einander ab. Allgemein ist eine undurchlässige Herstellung des Kübelstandplatzes sowohl in den weniger verbreiteten Etagenklosetts, als in den Hofaborten vorgeschrieben; dagegen sind in einigen Orten nur Metallkübel, in anderen auch Holzkübel zulässig; ein fester Deckelverschluss wird nicht überall verlangt. Die Abfuhr der Kübel erfolgt bald in offenen, bald in geschlossenen Wagen; in manchen Orten wird auch nicht selten der Kübel an seiner Gebrauchsstätte in grössere Transporttonnen entleert, ein Verfahren, bei dem die Reinigung der Kübel meist unterbleibt. Abgesehen von den kleineren Städten, wo der Inhalt der Kübel in der Regel zum Düngen von Hausgärten usw. sofort Verwendung findet, ist allgemein die Abfuhr einem Unternehmer oder einer meist aus Landwirten bestehenden Aktiengesellschaft übertragen, mit der dann von seiten der Stadtverwaltung ein Vertrag in der Weise abgeschlossen ist, dass bei einer höheren Verzinsung des Betriebskapitals als 4 pCt. die Kosten für die Abholung der Kübel usw. entsprechend herabgesetzt werden müssen. Jedenfalls verursacht in Dänemark die Verwertung des Kübelinhalts keinerlei Schwierigkeiten; er wird von den Landwirten überall gern abgenommen.

Auf dem Lande trifft man in bezug auf Aborte, wenn solche hier überhaupt vorhanden sind, vielfach noch ganz primitive Verhältnisse. Oft findet sich nur ein Bretterhäuschen, abseits vom Wohnhause, darunter ein ausgeworfenes Erdloch. In den landwirtschaftlichen Gehöften neuern Datums gehören jedoch ummauerte und am Boden gepflasterte undurchlässige Dungstätten sowie Aborte mit Kübeln oder undurchlässigen Gruben nicht mehr zu den Seltenheiten. Den hiesigen Verhältnissen gegenüber verdient



als Vorzug hervorgehoben zu werden, dass die Dungstätten und Aborte meist nicht unmittelbar bei den Wohngebäuden, sondern auf der dem Hofe abgewendeten Seite der Stallungen, also nach dem freien Acker zu liegen.

3. **Müllbeseitigung.** Der Müll wird in Kopenhagen ausserhalb der Stadt in der Nähe der Fäkalienstation abgelagert und hier zur Ausfüllung von sumpfigen Untiefen verwendet, die nach ihrer Ausfüllung mit Erde bedeckt und an Arbeiter als Gärten verpachtet werden, so dass sich hier allmählich eine ganze Gartenkolonie nach Art der Schreber-Gärten gebildet hat. Auch in anderen Orten wird der Müll zur Ausfüllung von alten Gräben usw. benutzt, nur in Frederiksberg bei Kopenhagen werden Kehricht und Abfallstoffe verbrannt. Die Abfuhr geschieht in der Hauptstadt durch die Stadtverwaltung unter Beobachtung der notwendigen Vorsichtsmassregeln; in den übrigen Städten liegt die Abfuhr meist den Hauseigentümern ob, wenn sie nicht der Fäkalienabfuhrunternehmer mit übernommen hat. Interessant ist übrigens die mehrfach in Dänemark gemachte Beobachtung, dass Schweine, denen die Möglichkeit gegeben ist, Müll zu durchsuchen, verhältnismässig häufig trichinös befunden sein sollen.

4. **Flussverunreinigung.** Die Gefahr einer Verunreinigung der Wasserläufe durch Abwässer aus gewerblichen Betrieben ist bei der geringen Anzahl industrieller Anlagen keine grosse; ausserdem sind diese Betriebe vorzugsweise in solchen Städten vorhanden, die in der Nähe des Meeres liegen und ihre Abwässer direkt in dieses ableiten. Die Folge davon ist allerdings oft eine erhebliche Verunreinigung der Meeresufer in der Nähe der betreffenden Orte, so sieht man z. B. bei Friedrichshafen ausserhalb des eigentlichen Hafens den Strand in breiter Umgebung der Kanalisationsmündungen mit Schlammmassen bedeckt. Die Sorge für Reinhaltung der Wasserläufe liegt ebenfalls den Gesundheitskommissionen ob; eine regelmässige Kontrolle durch Besichtigungen unter Zuziehung der zuständigen Medizinalbeamten findet jedoch nicht statt.

V. Wasserversorgung.

1. **Zentral-Wasserleitungen.** Während vor 50 Jahren nur acht Städte eine zentrale Wasserversorgung hatten, ist jetzt nicht nur jede der 75 Provinzialstädte im Besitz einer solchen, sondern auch eine von Jahr zu Jahr immer mehr zunehmende Anzahl von Landgemeinden ist diesem Beispiele gefolgt. Namentlich haben die zahlreich vertretenen Molkereien für die Beschaffung guten und einwandsfreien



Trink- und Gebrauchswassers vorbildlich gewirkt; auch gewährt der Staat unbemittelten Gemeinden nicht unerhebliche Zuschüsse zu den Anlagekosten von zentralen Wasserleitungen. Die Wasserleitungen werden meist aus Tiefbrunnen, selten aus Quellen gespeist. Zum Betriebe bedient man sich auf dem Lande vielfach der Windmotoren, aushilfsweise auch der Petroleummotoren. Die ein brauchbares Trinkwasser liefernde wasserführende Schicht liegt fast überall verhältnismässig tief (30—50 m) auf einem sich sowohl auf den Inseln, als auf dem Festlande vorfindenden gewaltigen Kalklager, das nach dem Meere zu abfällt. Das Wasser ist als Trinkwasser zwar einwandsfrei, aber ziemlich hart und oft eisenhaltig, wenn auch nicht in dem Masse, dass eine Enteisenung erforderlich ist; bei der Kopenhagener Wasserleitung, die 2—3 mg Eisengehalt im Liter hat, ist jedoch eine Enteisenung durch Lüftung und Filtration vorgesehen. Das Wasser wird hier auch regelmässig bakteriologisch untersucht; es quillt keimfrei aus der Erde und enthält nach seiner Zuleitung bis zur Stadt nicht mehr als 10—40 Keime im Kubikzentimeter. Wassermesser zur Kontrolle der Wasserabgabe sind im allgemeinen nicht üblich; es wird meist ein jährlicher Wasserzins erhoben, der sich nach der Zahl der bewohnbaren Räume eines Hauses richtet; für Badeeinrichtung und Wasserspülung im Klosett wird dann noch ein besonderer Zuschlag (in Kopenhagen 4 bzw. 10 Kronen) berechnet.

2. **Brunnen.** Auf dem Lande und in den Einzelgehöften, die keine Wasserleitung haben, ist die Wasserversorgung durch Brunnen ebenso wie bei uns die allgemein übliche; nur sind die Brunnen meist noch weniger einwandsfrei wie hier zu Lande konstruiert. Schachtbrunnen überwiegen; ihre Wandungen sind häufig undicht und nicht selten nur aus Holz hergestellt. Offene oder verdeckte Zieh-, Winde- und Schöpfbrunnen sind noch sehr verbreitet, auch Brunnen mit hölzernen Pumprohren. Fast alle Schachtbrunnen entnehmen ihr Wasser aus dem oberflächlichen Grundwasser und bieten deshalb an und für sich kein einwandfreies Trinkwasser; dazu kommt noch, dass ihre Lage in der Nähe von Dungstätten, Schmutzwassertümpeln usw. zu grossen Bedenken Anlass gibt. Wo keine Gesundheitskommissionen gebildet und demzufolge keine örtlichen Gesundheitsordnungen erlassen sind, fehlen auch Vorschriften über Anlage von Brunnen, über ihre Entfernung von Dungstätten usw.; treten jedoch Epidemien auf, so können mangelhafte Brunnen von den Epidemiekommissionen geschlossen werden. Ein gleiches Recht steht auch in der epidemie-



freien Zeit den Gesundheitskommissionen zu, wo solche vorhanden sind.

VI. Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen.

1. **Im allgemeinen.** Massgebend für die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln sind die §§ 278 und 290 des Strafgesetzbuches vom 10. Februar 1866; danach wird derjenige bestraft, der zum Zweck des Absatzes betrügerisch Lebensmittel nachmacht oder verdorbene Lebensmittel einer Behandlung unterwirft, die darauf hinausgeht, deren verdorbenen Zustand zu verheimlichen, sowie derjenige, der in betrügerischer Absicht Lebensmittel feilbietet, von denen er weiss, dass sie einer der oben genannten Behandlungen unterworfen sind. Diese Bestimmungen des Strafgesetzbuches sind durch das Gesetz vom 8. September 1891[1]) — jetzt Gesetz vom 2. März 1900[2]) in der Fassung vom 27. März 1903[3]) — betreffend die Untersuchung von Lebensmitteln, dahin ergänzt, dass auch derjenige bestraft wird, der ohne betrügerische Absicht, aber doch wissend, dass ein Stoff nachgemacht, verfälscht usw. ist, diesen als Lebensmittel feilbietet, ohne dass die besondere Beschaffenheit auf deutliche oder verständliche Weise auf der Ware selbst oder deren Etikette oder Einpackung vermerkt ist. Ferner wird der Justizminister durch das vorgenannte Gesetz ermächtigt, Vorschriften über die Beschaffenheit, Herstellung usw. von Wein und Spirituosen zu erlassen, sowie den Zusatz von Stoffen, insbesondere Konservierungsmitteln, zu Nahrungsmitteln zu verbieten, falls diese dadurch, wenn auch nicht im einzelnen Falle, so doch bei fortgesetztem Genuss eine gesundheitsschädliche Wirkung hervorbringen können. Ausser diesen für ganz Dänemark geltenden Vorschriften haben fast alle Gesundheitskommissionen in den von ihnen erlassenen örtlichen Gesundheitsordnungen Bestimmungen über den Verkehr mit Nahrungsmitteln, z. B. über den Betrieb von Bäckereien und Schlachtereien, über den Milchverkehr usw. getroffen, die allerdings erheblich von einander abweichen und in Kopenhagen sowie in den grösseren Provinzialstädten weitergehende Anforderungen stellen, als in den kleineren Städten und auf dem platten Lande.

1) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1892, No. 43, S. 875.
2) Desgl. 1900; No. 21, S. 499.
3) Desgl. 1903; No. 24, S. 593.



Auch betreffs der Durchführung dieser Vorschriften und der Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs macht sich der gleiche Unterschied zwischen Stadt und Land bemerkbar. Im allgemeinen liegt diese Ueberwachung in den Händen unterer Polizeibeamten; eine Mitwirkung der Medizinalbeamten wird dabei, abgesehen von Kopenhagen, wenig in Anspruch genommen. In der Hauptstadt besteht schon seit längerer Zeit ein städtisches Nahrungsmittel-Untersuchungsamt, während ein solches an anderen Orten nicht vorhanden ist. Diesem Mangel ist seit dem Jahre 1894 wenigstens insofern einigermassen abgeholfen, als durch das Gesetz vom 1. April 1894 dem Justizminister ein alljährlich durch den Etat festzusetzender Betrag (ca. 15000 Mk.) zur Verfügung gestellt wird, um, solange ein staatliches Untersuchungsamt noch nicht besteht, mit einem oder mehreren privaten analytisch-chemischen Laboratorien in Kopenhagen oder anderswo einen Vertrag abzuschliessen, wonach in diesen die von Gerichten, Polizeibehörden und Gesundheitskommissionen eingesandten Proben von Nahrungs- und Genussmitteln auf etwaige Verfälschung usw. untersucht werden. Die Polizeibehörden sind auf Grund dieses Gesetzes angewiesen, nicht nur von verdächtigen und verdorbenen, sondern auch von scheinbar unverdächtigen feilgehaltenen Nahrungs- und Genussmitteln Proben zu entnehmen. Es geschieht dies infolgedessen häufiger als früher; besonders werden Untersuchungen von Milch, Butter, Margarine, Fleisch, Wurst, Brot, Mehl, Bier, Wein, Spirituosen und Zucker veranlasst. Auch können die Vorsteher der Nahrungsmittellaboratorien, wenn sie dazu Anlass finden, selbst durch die Polizeibehörden Proben von Nahrungs- usw. -mitteln entnehmen lassen. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen sollen, wie uns mitgeteilt ist, Nahrungsmittelfälschungen im allgemeinen zu den Seltenheiten gehören; auch der früher häufiger beobachtete Zusatz von Wasser zu Milch soll infolge der ständigen Zunahme der Genossenschaftsmolkereien (siehe nachstehend) und der schärferen Kontrolle jetzt seltener vorkommen.

Markthallen gibt es bis jetzt in Dänemark noch nicht; selbst in Kopenhagen ist eine solche nicht vorhanden.

2. **Im besonderen. Verkehr mit Milch und Milchprodukten. Butter und Margarine.** Wenn man sich vergegenwärtigt, dass in Dänemark Landwirtschaft und speziell Viehzucht und Weidewirtschaft bei weitem vorherrscht und die Hauptausfuhrartikel landwirtschaftliche Produkte — Getreide, Milch, Butter, Schlacht-



vieh[1]) — bilden, so ist es begreiflich, dass seitens der Behörden auf den Verkehr mit diesen Artikeln ein besonderes Augenmerk gerichtet wird und zwar nicht nur mit Rücksicht auf das Inland, sondern vor allem auch mit Rücksicht auf das Ausland, um dem Lande den Export zu sichern. Umgekehrt hat Dänemark die eigene Landwirtschaft gegen die Konkurrenz vom Auslande durch Beschränkungen der Einfuhr von Butter, Käse, Eiern, Fett, Talg, Honig, Fleisch usw. geschützt; nach dem Gesetz vom 30. März 1906[2]) dürfen diese landwirtschaftlichen Produkte nicht in einer Weise gekennzeichnet sein, dass sie für solche dänischen Ursprungs gehalten werden können; auch in den Verkaufsräumen ist durch Anschlag bekannt zu geben, dass die Produkte aus dem Auslande stammen.

Ueber den Verkehr mit **Milch** sind entweder in den örtlichen Gesundheitsordnungen bestimmte Vorschriften gegeben oder von den Gesundheitskommissionen besondere Bestimmungen erlassen. In Kopenhagen unterliegt z. B. die zum Verkauf innerhalb der Stadt und der Vorstädte bestimmte Milch hinsichtlich ihrer Gewinnung, Aufbewahrung, Behandlung usw. der Kontrolle durch die Gesundheitskommission und die besonders damit beauftragten Personen. Nach den hier zur Zeit geltenden Bestimmungen vom 3. Mai 1904 muss die gewöhnliche Vollmilch einen Fettgehalt von mindestens 2,75 pCt. haben, für Kindermilch ist ein solcher von mindestens 3 pCt. sowie eine Abkühlung auf mindestens 12° C. vorgeschrieben; ausserdem müssen die Milchkühe einer tierärztlichen Untersuchung mit Rücksicht auf ihre Aufwartung und Fütterung, ihren Gesundheitszustand (Tuberkulininjektion bei Verdacht auf Tuberkulose) unterzogen werden. Die als „pasteurisiert" bezeichnete Milch muss auf + 85° C. erwärmt und unmittelbar darauf auf mindestens + 8° C. abgekühlt werden; für gleich gemischte Kindermilch ist die Angabe des Gehaltes an Milch, Wasser und Zucker, sowie die Pasteurisierung vorgeschrieben. Jeder Zusatz von Konservirungsmitteln zur Milch, sowie Verkauf von Milch, die von kranken oder von solchen Kühen stammt, die frisch gekalbt haben, ist ebenso verboten, wie der Verkauf von Milch, die innerhalb zweier Stunden einen Bodensatz zeigt oder in Farbe, Geruch, Geschmack und Aussehen von der normalen Beschaffenheit ab-

1) Der Export von Butter hat z. B. in den letzten Jahren annähernd 170 Millionen Mark, derjenige von Schweinen und Schweinefleisch etwa 100 Millionen Mark betragen.

2) Siehe Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1906, No. 40, S. 998.



weicht. Desgleichen sind genaue Vorschriften über die Transportwagen, Verkaufs- und Aufbewahrungsgefässe, Etikettierung usw., über die Reinigung der Behälter, Einrichtung der Milchverkaufslokale (wasserdichte Fussböden, abwaschbare Wände, gleichzeitige Benutzung nur für bestimmte andere Verkaufsartikel) gegeben. Der Verkäufer darf weder an einer ansteckenden Krankheit oder an einer Hautkrankheit, gleichgültig ob ansteckend oder nicht, leiden, noch mit Personen in Berührung kommen, die an einer akuten oder chronischen ansteckenden Krankheit erkrankt sind; ebensowenig darf eine solche Person melken oder Tiere mit ansteckenden Krankheiten bedienen. Auch über die Beschaffenheit der Stallungen (Reinhaltung, Erneuerung des Wandanstriches, Breite der Gänge) sowie über die Vornahme des Melkens und die erste Behandlung der Milch (zuvorige Reinigung der Kuheuter nebst Umgebung, Aufbinden des Schwanzes, Reinigung der Hände des Melkenden, der Milchgefässe, Durchseihen und Abkühlen der Milch) enthalten jene Vorschriften zweckmässige Bestimmungen. Aehnliche Massregeln sind auch in anderen Orten von den Gesundheitskommissionen getroffen; desgleichen ist durch das Viehseuchengesetz vom 14. April 1893[1]) dem Minister des Innern, jetzt dem Minister für Landwirtschaft, das Recht eingeräumt, beim Ausbruch einer Viehseuche anzuordnen, dass von Meiereien oder Milchhändlern Milch, Buttermilch oder Molken nur dann in den Handel gebracht werden dürfen, wenn sie vorher mindestens auf 85° C. erhitzt sind. Nach dem Gesetze vom 26. März 1898[2]) darf Milch von Kühen, die an Tuberkulose leiden, als Nahrungsmittel für Menschen oder zur Bereitung von Lebensmitteln überhaupt nicht verwertet werden und als Viehfutter nur nach zuvoriger Erhitzung auf + 85° C.; eine Bestimmung, die namentlich auch mit Rücksicht auf die ausgedehnte Schweinezucht in Dänemark getroffen ist, damit die unter diesen verhältnismässig stark verbreitete Tuberkulose (s. später) wieder eingeschränkt wird. Zu diesem Zweck ist auch die Abgabe von Magermilch aus den Molkereien ohne zuvorige Erhitzung auf mindestens + 85° C. untersagt, desgleichen muss die Sahne, falls die aus ihr hergestellte Butter zum Export nach dem Auslande bestimmt ist, pasteurisiert werden. Damit die Anzeige von dem Auftreten einer ansteckenden Krankheit sowohl in der Familie, als unter dem Viehstande der Milchlieferanten von diesen nicht unterlassen oder zu spät bewirkt wird,

1) Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1895, No. 13, S. 227.

2) Desgl.; 1899, No. 17, S. 335.



ist von manchen Milchgenossenschaften die vorzügliche Einrichtung getroffen, dass der Lieferant, dessen Milch in solchen Fällen nicht abgenommen werden darf, trotzdem volle Bezahlung dafür erhält, und zwar so lange, bis vom Arzt bzw. Tierarzt die Krankheit als beendigt erklärt wird. Ueberhaupt sind die Molkereien sowohl, als die in grösseren Städten vorhandenen Milchversorgungszentralen, in denen bis 30000 Liter täglich verarbeitet oder für den Weiterverbrauch hergestellt werden, zweckmässig und den gesundheitlichen Anforderungen entsprechend eingerichtet, wie wir uns durch Besichtigung überzeugt haben. Sie nehmen fast ausnahmslos die Milch nur von solchen Landwirten ab, die sich den von ihnen in bezug auf die Gewinnung, Behandlung usw. der Milch gegebenen Vorschriften unterwerfen. In den Milchversorgungszentralen wird die eingelieferte Milch zunächst auf Temperatur, Geschmack und Fettgehalt untersucht, durch Sandfilter filtriert und als Vollmilch in luftdicht verschlossenen plombierten Flaschen in Eis gekühlt auf den Markt gebracht. Ausserdem wird noch Kindermilch in Flaschen mit prozentualiter angegebenen Zusätzen von Wasser pasteurisiert verkauft. Der Preis der Milch ist trotz des grossen Milchreichtums in Dänemark ebenso hoch wie in Deutschland: 18 Pfg. für ein Liter Vollmilch und 9 Pfg. für ein Liter halbabgerahmte Milch; dagegen kostet ein Liter Kindermilch nur 22—23 Pfg. Man kann also sagen, dass in Dänemark im allgemeinen zweckmässige Vorschriften für die Gewinnung und den Verkauf von Milch bestehen und dass die von dort exportierte Milch als einwandsfrei anzusehen sein dürfte, falls sie aus einer Gegend stammt, wo derartige Vorschriften getroffen sind und ihre Durchführung genau kontrolliert wird. Es ist dies nicht unwichtig mit Rücksicht auf den jetzt von dänischer Seite beabsichtigten Massenexport von Milch nach Deutschland, insbesondere nach Berlin.

Betreffs der **Butter** ist bereits erwähnt, dass in vielen Molkereien die dazu benutze Sahne vorher pasteurisiert wird, namentlich bei Herstellung der zum Export bestimmten Butter. Ueber die Herstellung und den Handel mit **Margarine** bestehen durch die Gesetze vom 5. April 1888[1]) und 22. März 1897 nebst Nachtrag vom 23. Juni 1905[2])[3]) ähnliche Bestimmungen wie in Deutschland; sie darf nur

1) Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1888, No. 20, S. 309.

2) Desgl.; 1906, No. 34, S. 872 und 875.

3) Diese Gesetze sind jetzt durch das Gesetz vom 14. April 1907 betreffend die Zubereitung und den Verkehr mit Butter und Margarine ersetzt; s. Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1907, No. 31, S. 822.



einen bestimmten Butterfettgehalt (höchstens 10 pCt.) sowie keine stärkere gelbe Farbe haben als die vorgeschriebene, muss in bestimmt geformten und bezeichneten Behältern aufbewahrt und feilgehalten werden usw. Die Beachtung der Vorschriften wird durch staatliche, im Hauptamte angestellte Inspektoren unter Mitwirkung einer ausreichenden Anzahl von Assistenten mit grosser Strenge kontrolliert; den Beamten steht der Zutritt zu jeder Margarinefabrik und Margarineverkaufsstelle sowie das Recht zur Probeentnahme, zur Einsicht in die Geschäftsbücher usw. zu; die von ihnen für notwendig erachteten chemischen und mikroskopischen Untersuchungen sollen, wenn möglich, in einem staatlichen Untersuchungsamt ausgeführt werden.

b) **Verkehr mit Fleisch; Schlachthäuser; Fleischbeschau.** Was zunächst die Schlächtereien anbetrifft, so bedarf es zu ihrer Anlage keiner besonderen Konzession, sondern es genügt der Nachweis des Bürgerrechtes. Oeffentliche Schlachthäuser gibt es nur in Kopenhagen und einigen grösseren Städten (etwa 10). Das Schlachthaus in Kopenhagen ist von uns besichtigt; seine Einrichtungen sind z. T. etwas veraltet und die Schlachträume für den grossen Betrieb nicht mehr völlig ausreichend. Schlachthauszwang ist nur in Kopenhagen durchgeführt; anderwärts erfolgt auch bei dem für das Ausland bestimmten Fleisch die Schlachtung der betreffenden Tiere nicht immer in den Schlachthäusern, sondern es werden hier nur die meist halbgeteilten Tierkörper nach der Schlachtung untersucht. Im Kopenhagener Schlachthause werden z. B. nur 2—3000 Schweine jährlich geschlachtet aber gegen 200000 ausserhalb von Kopenhagen geschlachtete untersucht. Diese Untersuchung erstreckt sich lediglich auf etwaiges Vorhandensein von Tuberkulose durch Einschneiden der vorzugsweise davon ergriffenen Drüsen; eine Untersuchung auf Trichinose findet dagegen nur bei denjenigen Schweinen statt, die aus der Umgegend der Hauptstadt stammen.

Fleischbeschau. Abgesehen von dem Viehseuchengesetz vom 14. April 1893, das bestimmte Vorschriften über die Verwertung des Fleisches von Tieren, die infolge ansteckender Krankheiten gefallen oder getötet sind, gibt und z. B. den Verkauf des Fleisches von tuberkulösen Tieren als Nahrungsmittel für Menschen nur auf Grund eines tierärztlichen Attestes gestattet, kommen in dieser Hinsicht noch das Gesetz vom 26. März 1898, betreffend die Bekämpfung der Tuberkulose beim Rindvieh, das eine gleiche Bestimmung, wie die obengenannte enthält,



und hauptsächlich das Gesetz vom 24. April 1903[1]), betreffend die Ausfuhr von frischem und gesalzenem Fleisch nebst den dazu erlassenen zur Zeit geltenden Ausführungsbestimmungen vom 18. Februar 1905 mit Abänderung vom 22. September 1906[2]) in Betracht. Durch dieses Gesetz wird verboten, Fleisch und Schlachtereiabfälle von verendeten Pferden, Rindern, Schafen, Ziegen und Schweinen in frischem oder zubereitetem Zustande oder in irgend einer als menschliche Nahrung dienlichen Form im Inlande feilzuhalten, zu verkaufen oder nach dem Auslande auszuführen; dasselbe gilt betreffs des Fleisches von solchen Tieren, die vor dem Schlachten krank gewesen oder bei denen nach dem Schlachten bedeutende krankhafte Zustände gefunden werden, es sei denn, dass ein autorisierter Tierarzt ein Attest dahin ausstellt, dass das Fleisch usw. als menschliche Nahrung verwendbar ist. Unter den Tieren, die sich vor dem Schlachten als krank erweisen, sind nach der Verordnung vom 1. Oktober 1893 solche zu verstehen, die merkliche Störungen des Befindens, z. B. Aufhören der Fresslust, der Milchabgabe, Mattigkeit, Stumpfheit, Krämpfe, auffallende Abmagerung usw. zeigen, und unter erheblichen krankhaften Zuständen der geschlachteten Tiere: Ansammlungen von flüssigen Absonderungen oder Eiter in den Körperhöhlen, ungewöhnliche Färbung innerer Teile, Tuberkeln, Geschwülste und Geschwüre, ungewöhnlich grosse Milz, derbe Beschaffenheit der Lungen, unnatürlicher Inhalt der Gebärmutter, brandige Entzündung des Euters usw. Das Gesetz vom 24. April 1903 bestimmt dann weiter, dass alles frische und leichtgesalzene Fleisch nach dem Auslande überhaupt nur dann ausgeführt werden darf, wenn ein Zeugnis eines dazu ermächtigten Tierarztes darüber vorliegt, dass das Fleisch nicht verdorben ist und nicht von derart erkrankten oder so abgemagerten Tieren herrührt, dass es dadurch zur menschlichen Nahrung unverwendbar oder ungeeignet ist. Eine obligatoriscbe tierärztliche Fleischbeschau besteht also nur für alles nach dem Auslande bestimmte Fleisch; die Schlachtereien usw., die Fleisch exportieren wollen, haben dies daher auch dem Polizeimeister anzuzeigen. Für das Inland kann zwar die Gesundheitskommission durch örtliche Gesundheitsordnung ebenfalls allgemeine Fleischbeschau anordnen[3]); sie ist aber nur in den Orten

1) Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1903, No. 26, S. 662.

2) Desgl.; 1905, No. 21. S. 571 u. 572 u. 1907, No. 28, S. 747.

3) Inzwischen ist durch das Fleischbeschaugesetz vom 6. April 1906 die Fleischbeschau neu geregelt.



mit Schlachthäusern eingeführt und, wie schon gesagt, auch hier nicht auf die Hausschlachterei ausgedehnt. Untersuchung des Schweinefleisches auf Trichinose besteht nur in Kopenhagen und Odense, und zwar auch hier nur für aus der Umgegend von Kopenhagen stammendes, sowie für die geschlachteten Schweine, deren Fleisch zur Wurstfabrikation benutzt werden soll. Die Trichinose soll übrigens, abgesehen von Schweinen, die in der Nähe von Müllplätzen gezüchtet werden, nur selten vorkommen; verhältnismässig häufig dagegen die Tuberkulose (in einigen Schlachthäusern 10—15 pCt. der Schweine und 33—50 pCt. vom Rindvieh).

c) **Wein und Spirituosen.** Nach dem bereits mehrfach erwähnten Gesetz vom 27. März 1903[1]) ist der Justizminister ermächtigt, Bestimmungen über Herstellung und Verkauf von Wein und Spirituosen sowie über deren Untersuchung und Prüfung zu geben. Es würde zu weit führen, auf diese infolgedessen erlassenen Bestimmungen hier näher einzugehen; im grossen und ganzen entsprechen sie den in Deutschland über den Verkehr mit Wein gegebenen Vorschriften, nur scheint die Kontrolle über ihre Ausführung, abgesehen von der Hauptstadt, nicht in ausreichender Weise durchgeführt zu werden; es fehlt dazu auch die erforderliche Anzahl von Nahrungsmitteluntersuchungsämtern.

VII. Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten.

A. Im allgemeinen.

Wenn Dänemark auf einem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens anderen Staaten als Vorbild dienen kann, so ist es zweifellos auf demjenigen der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten; die hier getroffenen Massregeln können in vielen, wenn auch nicht in allen Punkten als mustergültig gelten, mustergültig namentlich in bezug auf die unentgeltliche Behandlung der Kranken, auf die in der Regel erfolgende Unterbringung derselben in ein geeignetes Krankenhaus, auf Gewährung von Entschädigungen sowie überhaupt auf die Regelung der Kostenfrage, und zwar besonders nach der Richtung hin, dass die Kosten fast ausschliesslich aus öffentlichen Mitteln (zur Hälfte vom Staate) getragen, und dass alle auf Grund des Gesetzes kranken oder krankheitsverdächtigen Personen gewährte Vergünstigungen nicht als Armenunterstützungen gelten. Die Grundlage für diese Massnahmen wurde

1) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1903, No. 24, S. 593.



vor etwa 20 Jahren durch das Gesetz vom 20. April 1888 gelegt, in dem zum ersten Male der Staat einen grossen Teil der Kosten übernahm. Vier Jahre später wurde dann die Materie durch das Gesetz vom 30. März 1892[1]) geregelt, das nach acht Jahren unter dem 31. März 1900 von neuem, und zwar ohne wesentliche Abänderungen seines Inhalts erlassen ist. Es ist nämlich eine Besonderheit der dänischen Gesetzgebung, dass viele Gesetze nur auf einen bestimmten Zeitraum (auf 3, 5 oder 10 Jahre) erlassen und dann dem Reichstage von neuem zur Revision vorgelegt werden; gerade auf gesundheitlichem Gebiete hat diese Einrichtung einen ganz erheblichen Vorzug, weil sie Gelegenheit gibt, nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen mit den wissenschaftlichen Forschungen fortlaufend in Einklang zu bringen, sondern auch Anordnungen, die sich als unpraktisch erwiesen haben, möglichst bald auszumerzen und anderseits etwaige Mängel durch zweckentsprechendere Vorschriften zu beseitigen. Wenn bei dem dänischen Gesetz nach achtjährigem Bestehen sich keine wesentliche Abänderung als notwendig herausgestellt und es bei der Revision im Jahre 1900 seine ursprüngliche Fassung fast wörtlich beibehalten hat, so ist dies der beste Beweis dafür, dass es sich auch bei der praktischen Handhabung bewährt und zu keinen Unzuträglichkeiten geführt hat, die gerade hier mehr als auf anderen Gebieten zu befürchten sind. Es sind auch die Erfolge nicht ausgeblieben; in den Zeiträumen von 1890—1896 und 1897—1903 sind z. B. unter der städtischen Bevölkerung[2]) die Todesfälle an Pocken von 13 auf 6, an Masern von 1441 auf 919, an Scharlach von 971

1) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1892, No. 44, S. 912 bis 916; der Wortlaut des hier abgedruckten Gesetzes vom 30. 3. 1892 stimmt mit dem Gesetze vom 31. 3. 1900 fast genau überein.

2) Für Kopenhagen stellt sich dieses Verhältnis wie folgt:

	Es starben (Durchschn. des Jahrfünfts) jährl. v. 1000 Einwohnern					
	an Unterleibstyphus	an Diphtherie u. Croup	an Scharlach	an Masern	an Keuchhusten	Zusammen
1882—1886 . .	0,16	0,55	0,2	0,5	0,5	5,43
1887—1891 . .	0,11	1,38	0,3	0,6	0,5	6,16
1892—1896 . .	0,09	0,75	0,3	0,3	0,4	4,64
1897—1901 . .	0,12	0,24	0,1	0,2	0,3	3,32
1902—1906 . .	0,04	0,09	0.05	0,2	0,3	2,62

Also eine Abnahme um etwas mehr als die Hälfte (!), während die Abnahme der Gesamtsterblichkeit noch nicht ganz ein Drittel beträgt (von 22,65 auf 15,62 ‰).



auf 672, an Diphtherie und Croup von 5919 auf 1275!!, an Typhus von 764 auf 605, an Ruhr von 14 auf 6, an Wochenbettfieber von 413 auf 315 gesunken, also die Gesamtzahl der an akuten Infektionskrankheiten in diesen beiden Perioden von 9535 auf 3798 = 60 pCt.

Das Gesetz vom 31. März 1900 macht ebenso wie das preussische Seuchengesetz einen Unterschied zwischen den internationalen Volksseuchen — asiatische Cholera, Gelbfieber, Flecktyphus, Pocken, Pest — und den anderen einheimischen ansteckenden Krankheiten, nur mit dem Unterschiede, dass zu den ersteren auch die Ruhr gerechnet wird und unter den letzteren Syphilis, für deren Bekämpfung besondere Vorschriften (s. später) gegeben sind, sowie chronische ansteckende Hautkrankheiten nicht mit einbegriffen sind. Bei dem Ausbruch von Krankheiten der zuerst genannten Gruppe tritt stets öffentliche Behandlung („offentlig Behandling) ein, d. h. die Vorschriften des Gesetzes finden auf diese sofort Anwendung, während bei den übrigen ansteckenden Krankheiten dies erst dann geschieht, wenn sie bösartig oder in grösserem Umfange oder unter sonst besonderen Verhältnissen auftreten und ein dahin gehender Beschluss der Aufsichtsbehörde vorliegt, jedoch sind die Gesundheitskommissionen — Epidemiekommissionen — inzwischen berechtigt, die erforderlichen Anordnungen betreffs der Isolierung der Kranken und der Desinfektion zu treffen. Im grossen und ganzen wird das Gesetz aber so gehandhabt, dass seine Vorschriften beim Auftreten akuter ansteckender Krankheiten, namentlich bei Scharlach, Diphtherie, Typhus und typhusverdächtigen Erkrankungen (gastrischem Fieber) stets zur Anwendung gelangen, abgesehen von ganz vereinzelten Fällen.

Ausführende und überwachende Behörden. Die Leitung und Durchführung der Vorsichtsmassregeln liegt in den Städten den hier überall vorhandenen Gesundheitskommissionen (s. S. 237) ob, denen dann der Distriktsarzt und Polizeimeister als Mitglieder beitreten, falls sie nicht bereits Mitglieder der Kommission sind; auf dem platten Lande treten dagegen an Stelle der Gesundheitskommisionen besondere Epidemiekommissionen (s. S. 238). An Stelle der Epidemiekommissionen kann auch der Polizeimeister nach Anhörung des Distriktsarztes etwa notwendige Massregeln vorläufig anordnen. Desgleichen haben die Kommissionen das Recht, einzelne Mitglieder für einen Teil ihres Bezirks mit der Durchführung der Anordnungen zu beauftragen. Die Tätigkeit der Gesundheits- und Epi-

demiekommissionen wird von den für jedes Amt bestehenden Obergesundheitskommissionen (s. S. 233) kontrolliert. Der Physikus wirkt nicht nur als Mitglied dieser Kommission mit, sondern er muss auch bei allen ersten Erkrankungsfällen der ersten Gruppe sofort die erforderlichen Ermittelungen anstellen und kann dies auch bei den ersten Fällen von anderen ansteckenden Krankheiten. Der Distriktsarzt ist einmal in seiner Eigenschaft als Gesundheitsbeamter beteiligt — an ihn sind z. B. alle Anzeigen zu erstatten —, anderseits als Epidemiearzt für seinen Wohnort. Der von der Obergesundheitskommission zu ernennende Epidemiearzt ist nämlich nicht nur öffentlich bestellter, behandelnder Arzt für die betreffenden Kranken, sondern hat als Mitglied der Epidemiekommission auch dafür zu sorgen, dass die vorgeschriebenen Massregeln von den Kranken, deren Angehörigen usw. beachtet werden, und dass dies auch in den Fällen geschieht, wo die Behandlung durch einen anderen Arzt erfolgt. Endlich ist eine Mitwirkung jedes behandelnden Arztes durch das Gesetz nach der Richtung hin gesichert, dass es diesem obliegt, der Umgebung des Kranken über die Vorkehrungen Anweisung zu erteilen, die zur Verhütung einer Verbreitung der Krankheit zweckmässig zu treffen sind.

Was nun die Anzeigepflicht anbetrifft, so ist jede Erkrankung an Pocken, Cholera, Gelbfieber, Ruhr, Flecktyphus und Pest von dem behandelnden Arzte oder, wo ein solcher nicht zugezogen ist, von dem Haushaltsvorstande, Anstaltsleiter usw. anzumelden. Dasselbe gilt betreffs aller übrigen ansteckenden Krankheiten, bei denen eine öffentliche Behandlung stattfindet und der Epidemiearzt die Anzeige jeden Falles für nötig erachtet. Anzeigepflichtig sind auch die verdächtigen Fälle; über die Anzeigepflicht bei Tuberkulose siehe später. Die Anzeige hat seitens der Aerzte sofort an den Epidemiearzt zu erfolgen, seitens der Haushaltsvorstände usw. an den zuständigen Polizeimeister, der dann unverzüglich sowohl die Gesundheitskommission, als den Epidemiearzt zu benachrichtigen und die ärztliche Behandlung des Kranken zu veranlassen hat. Die Epidemieärzte haben dann diese Anzeige an die Gesundheitskommission und, wenn sie nicht gleichzeitig Distriktsärzte sind, an den Distriktsarzt sofort weiterzugeben; diesem liegt die Anzeige an den Physikus ob, die bei den Erkrankungen an gemeingefährlichen Krankheiten stets sofort und in jedem einzelnen Falle zu geschehen hat, bei allen anderen Krankheiten nur beim ersten Falle. Ausserdem haben die Epidemie-



ärzte allwöchentlich eine Nachweisung über die in der abgelaufenen Woche vorgekommenen Erkrankungen an ansteckenden Krankheiten und nach dem Erlöschen einer Epidemie noch einen Schlussbericht an den Distriktsarzt einzureichen, der sowohl diesen, wie die Wochennachweisungen an den Physikus weiterzugeben hat. Ferner muss der Distriktsarzt monatliche und jährliche Morbiditätsnachweisungen an den Physikus und dieser an das Gesundheitskollegium einreichen. Die Formulare für diese Nachweisungen werden vom Justizminister vorgeschrieben und unentgeltlich geliefert.

Die Ermittelung liegt bei den Erkrankungen an gemeingefährlichen Krankheiten dem Physikus ob, bei allen anderen dem Distriktsarzt; jedoch kann der Physikus auch hier Ermittelungen anstellen, wenn er sich durch örtliche Untersuchungen in dem von den Krankheiten heimgesuchten Gebiete davon überzeugen will, ob die Vorkehrungen gegen diese im erforderlichen Masse getroffen sind. Den Epidemie- und Distriktsärzten wie dem Physikus steht der Zutritt zu den Kranken zu; irgendwelche einschränkende Bedingungen, zuvorige Benachrichtigung der Aerzte usw. sind im Gesetz nicht vorgesehen, haben sich auch nach den uns gemachten Mitteilungen nicht als notwendig erwiesen.

Mit Zustimmung der Gesundheitskommission kann bei Todesfällen, bei denen der Verdacht einer gemeingefährlichen Krankheit vorliegt, die Obduktion der Leiche angeordnet werden.

Mit Recht sind die im Gesetz über die Schutzmassregeln gegebenen Vorschriften nicht für die einzelnen Krankheiten genau bestimmt, sondern mehr oder weniger für alle Krankheiten getroffen und es den Gesundheitskommissionen bzw. den Gesundheitsbeamten überlassen, welche von den vorgesehenen Massnahmen vorkommendenfalls in Anwendung zu bringen sind, soweit ihre Durchführung nicht in allen Fällen vorgeschrieben ist. Als Schutzmassregeln sind vorgesehen:

a) Obligatorische ärztliche Behandlung, Anstellung besonderer Aerzte hierfür (die oben genannten Epidemieärzte).

b) Isolierung der Kranken; falls diese in ihrer Wohnung nicht möglich ist, Ueberführung in ein geeignetes Krankenhaus. Die Gesundheitskommissionen sind verpflichtet, für geeignete Isolierräume zu sorgen; infolgedessen sind in Dänemark bei allen kommunalen Krankenanstalten besondere



Isolierräume eingerichtet. In Kopenhagen und in einzelnen grösseren Provinzialstädten gibt es überhaupt lediglich für ansteckende Kranke bestimmte Krankenhäuser; zurzeit stehen etwa 2500 Betten dafür zur Verfügung, also 1:1000 Einwohner, ein im Vergleich zu anderen Staaten sehr günstiges Verhältnis. Nach den uns gemachten Mitteilungen werden diese Anstalten von der Bevölkerung gern aufgesucht, so dass die Ueberführung von ansteckenden Kranken in eine solche Anstalt keine Schwierigkeiten macht. Nicht weniger als 60—75 pCt. dieser Kranken werden in Krankenanstalten behandelt. Die Hauptursache davon dürfte auch sein, dass der Staat die Hälfte der Kosten bezahlt und dass, wie schon vorher erwähnt ist, die dadurch den Familien zuteil gewordene Unterstützung nicht als Armenunterstützung gilt.

c) Isolierung und Beobachtung krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen, Untersagung ihrer Berufstätigkeit.

d) Kenntlichmachung der Häuser, falls der Kranke in der Wohnung verbleibt, erforderlichenfalls Räumung oder Absperrung derselben; Verbot des Wohnungswechsels.

e) Sorge für genügendes Warte- und Pflegepersonal.

f) Verbot bzw. nur unter bestimmten Bedingungen zu gestattende Beförderung von derartigen Kranken in dem öffentlichen Verkehr dienenden Beförderungsmitteln (Eisenbahnen, Passagierschiffe, Pferdebahnen, Omnibusse usw.); sofortige Desinfektion derselben, falls sie im Notfalle oder zu Unrecht dazu benutzt sind. Die Gesundheitskommissionen sind verpflichtet, für geeignete Beförderungsmittel für derartige Kranke zu sorgen. Im Blegdamhospital in Kopenhagen waren z. B. nicht weniger als 5 recht zweckmässig eingerichtete leicht zu desinfizierende geschlossene Wagen vorhanden, die lediglich für den Transport von Infektionskranken dienten. Für die Beförderung von ansteckenden Kranken auf Eisenbahnen sind in Dänemark ähnliche Bestimmungen wie in Deutschland erlassen, wonach Personen, die an gemeingefährlichen Krankheiten leiden, von der Beförderung ganz ausgeschlossen sind und die an anderen Infektionskrankheiten leidenden Personen nur unter bestimmten Bedingungen befördert werden.



g) Ueberwachung und Beschränkung des Schiffahrtsverkehrs (siehe später Quarantänewesen).
h) Verbot oder Beschränkung von Lustbarkeiten.
i) Verbot des Schulbesuchs sowohl für die erkrankten schulpflichtigen Kinder, als für die derselben Familie angehörigen gesunden Kinder und für die Lehrer, in deren Hausstande eine ansteckende Krankheit herrscht. Die Ausschliessung hat so lange zu erfolgen, bis nach ärztlicher Bescheinigung eine Gefahr der Verschleppung nicht mehr besteht. Diese Bescheinigungen werden von den Epidemieärzten unentgeltlich ausgestellt. Schliessung der öffentlichen und privaten Schulen.
k) Vorkehrungen gegen die Verbreitung der Krankheit durch gewerbliche Betriebe, insbesondere durch Genossenschafts- oder Handelsmolkereien, Milchgeschäfte usw. Die in dieser Beziehung in § 18 des Gesetzes gegebenen Vorschriften sind sehr zweckmässig, namentlich die, dass der durch die getroffenen Massregeln den beteiligten Personen erwachsene wirtschaftliche Schaden ersetzt wird.
l) Desinfektion sowohl während des Bestehens der Krankheit, als nach deren Beendigung, und zwar nicht nur für die Kranken selbst, sondern auch für das Warte- und Pflegepersonal, Angehörige usw.
m) Verbot, Leibwäsche, Kleider, Betten, Möbel usw., die von den Kranken benutzt sind, ohne zuvorige Desinfektion zur Wäsche oder zur Ausbesserung zu schicken, zu verkaufen, zu verschenken oder auszuleihen.
n) Massregeln in bezug auf die Behandlung und Beerdigung von Leichen. Die Gesundheitskommissionen sind verpflichtet, geeignete Räume zu deren Unterbringung bereitzustellen, falls keine Leichenhallen vorhanden sind.
o) Oeffentliche Bekanntmachung und Belehrung.

Das Gesetz hat auch betreffs der Entschädigungen zweckmässige und ziemlich weitgehende Bestimmungen getroffen. Entschädigungen werden nicht nur für die bei der Desinfektion vernichteten oder beschädigten Gegenstände gewährt, sondern auch für die durch Untersagung der Berufstätigkeit eines gewerblichen Betriebes (s. vorher unter k.) entstehenden Erwerbsverluste, für Räumung von Häusern, sowie für längeres Leerstehenbleiben von Wohnungen infolge der an-



geordneten Desinfektion usw. Diese Gewährung wird ausserdem nicht davon abhängig gemacht, dass die beteiligten Personen unbemittelt sind.

Wirklich mustergültig und allen Staaten zum Vorbild zu empfehlen ist die Regelung der Kostenfrage. Der Staat bezahlt die Hälfte aller Kosten, die andere Hälfte die Stadtverwaltungen, für das platte Land der sogenannte Amtsverteilungsfonds. Von den Verpflegungskosten für die Unterbringung der Kranken in den Krankenhäusern vergütet der Staat sogar drei Viertel der Kosten, bei Annahme eines festen Verpflegungssatzes von 2,50 Kronen = 2,80 Mark, also nicht weniger als 2,10 Mark täglich. Unter diesen Umständen ist es eben nicht zu verwundern, wenn die Unterbringung der Infektionskranken in Krankenhäusern die Regel bildet. Damit den Epidemiekommissionen die erforderlichen Geldmittel jederzeit zur Verfügung stehen, sind die Gemeinden verpflichtet, entsprechende Vorschüsse zu leisten. Wenn man die Bestimmungen in dem preussischen Seuchengesetze über die Kostenfrage mit denen in dem dänischen Gesetze vergleicht, so fällt sofort der erhebliche Unterschied auf, dass in Dänemark die Erstattung der Hälfte der Kosten seitens des Staates erfolgt ohne Rücksicht darauf, ob die betreffende Gemeinde leistungsfähig ist oder nicht; es ist dies unseres Erachtens ebenfalls ein grosser Vorzug, durch den nicht bloss die Durchführung der betreffenden Bestimmungen wesentlich vereinfacht, sondern auch Klagen einzelner Gemeinden über etwaige Nichtberücksichtigung in wirksamer Weise vorgebeugt wird.

Die Kosten für die Desinfektion werden nach § 20 des Gesetzes vom 31. März 1900 aus öffentlichen Mitteln gedeckt; die Art der Ausführung ist auf Grund des § 10 dieses Gesetzes durch eine vom Justizminister erlassene Anweisung vom 31. März 1901 geregelt, die etwa den in Preussen in dieser Hinsicht gegebenen Vorschriften entspricht.[1]) Den Gesundheits-(Epidemie)-Kommissionen liegt es ob, für eine ausreichende Anzahl von Desinfektoren sowie für deren Ausbildung zu sorgen; auffallender Weise bleibt aber gerade hier nach beiden Richtungen hin manches zu wünschen übrig. Die Qualität der Desinfektoren hängt in erster Linie davon ab, ob sich die zuständigen

1) Dampfdesinfektionsapparate sind in allen grösseren Krankenanstalten vorhanden; die Desinfektion der Wohnungen mit Formalin nach der Breslauer Methode ist zwar in der Anweisung vom 31. März 1901 empfohlen, hat sich aber bisher noch wenig eingebürgert, dagegen ist nach einer uns vor kurzem zugegangenen Mitteilung die Wohnungsdesinfektion mit Autan in Kopenhagen eingeführt.



Gesundheitsbeamten — Distrikts- oder Stadtarzt — ihre Ausbildung, wozu sie nicht überall verpflichtet sind, angelegen sein lassen oder nicht; denn Desinfektorenschulen gibt es bis jetzt noch nicht in Dänemark. Auch eine regelmässige Beaufsichtigung und Nachprüfung der Desinfektoren durch den Distriktsarzt oder Physikus findet nicht überall statt, sondern ist nur in einzelnen Aemtern durch die Obergesundheitskommissionen angeordnet. Dazu kommt, dass die Einkommensverhältnisse der Desinfektoren nur da günstig sind, wo ihnen z. B. in den Städten neben der Gebühr auch ein festes Gehalt gewährt wird; denn wenn auch ihre Gebühren ausreichend bemessen sind — in der Regel $2^1/_2$ Kronen, also fast 3 Mark für den halben Tag —, so ist doch die Zahl der Desinfektionen oft so gering, dass die daraus erwachsende Einnahme nicht ins Gewicht fällt. Es hält deshalb ebenso wie bei uns oft schwer, zuverlässige und geeignete Personen als Desinfektoren zu bekommen und in dieser Stellung festzuhalten, ein Uebelstand, der von verschiedenen Medizinalbeamten uns gegenüber offen zugestanden wurde, dessen Abstellung jedoch unter den obwaltenden Verhältnissen nicht so schwierig sein dürfte. Ganz gut ist z. B. das Desinfektionswesen im Amte Vejle geregelt; ein Verdienst des dortigen Physikus, der auch die dazu erforderlichen Vorschriften und Anweisungen ausgearbeitet hat.

Quarantainewesen. Dänemark ist, da es noch keine zur Aufnahme von Pestkranken geeignete Quarantaineanstalt[1]) besitzt, noch nicht der internationalen Sanitätskonferenz beigetreten; gleichwohl werden die zur Verhütung der Einschleppung und Weiterverschleppung aller sonstigen Krankheiten getroffenen internationalen Bestimmungen beachtet. In allen Hafenorten bestehen Quarantainekommissionen, denen der zuständige Distrikts-Stadtarzt — am Wohnorte des Physikus dieser — als Mitglied angehören; desgleichen sind hier geeignete Isolierräume für die an ansteckenden Krankheiten erkrankten Schiffspassagiere oder Schiffsmannschaften vorhanden. Massgebend für die in bezug auf den Schiffsverkehr zu beachtenden Vorschriften ist jetzt das Gesetz vom 2. Juli 1880 in der Fassung vom 16. März bzw. 14. Mai 1900.[2]) Danach darf kein vom Auslande kommendes Schiff ohne einen zuvorigen von der Quarantainebehörde auszustellenden Gesundheitsschein seine Passagiere landen oder seine Fracht ausladen.

1) Durch eine mit Schweden getroffene Vereinbarung wird die schwedische bei Gothenburg gelegene Quarantaineanstalt Känsoe auch von Dänemark benutzt.

2) Siehe Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1900, No. 32, S. 783.



Der Schein darf, falls kranke Personen oder Leichen an Bord sind, nicht vor einer ärztlichen Untersuchung des Schiffes ausgestellt werden; seine Ausstellung erfolgt dann durch den Quarantainearzt. Kommen die Schiffe aus einem Hafen des Auslandes, in dem nach Bekanntmachung des Justizministers Pest, asiatische Cholera, gelbes Fieber, Ruhr, exanthematischer Typhus oder Pocken herrschen, oder haben sie auf ihrer Fahrt einen derartigen Hafen berührt oder während ihrer Reise Kranke oder Tote an Bord gehabt, bei denen der Verdacht vorliegt, dass sie an einer der genannten Krankheiten erkrankt gewesen sind, so müssen sie vor ihrer Landung stets einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden. Etwaige kranke und krankheitsverdächtige Personen sind in besonderen Räumlichkeiten am Lande unterzubringen, etwaige Leichen zu beerdigen, worauf eine den Anordnungen der Quarantainekommission entsprechende Reinigung und Desinfektion des Schiffes erfolgt. Die Ueberwachung der Personen hat bei Choleraverdacht mindestens 5 Tage zu dauern, bei Pest 10 Tage; jedoch werden alle Schiffe, bei denen die Gefahr einer Einschleppung von Pest vorliegt, sofort nach der schwedischen Quarantaineanstalt Känsoe bei Gothenburg weitergeschickt. Im übrigen entsprechen die sonstigen Bestimmungen des Gesetzes über die bei Ankunft der Schiffe zu hissende Flagge, die Fassung der Gesundheitsscheine usw. den internationalen Vereinbarungen, so dass hier nicht näher darauf eingegangen zu werden braucht. In Kopenhagen[1]), wo jährlich ca. 5000 Schiffe einlaufen, ist ein besonderer Quarantainearzt, jedoch nur im Nebenamt angestellt, dem drei Assistenzärzte zur Seite stehen, so dass sich stets ein Arzt auf der am Hafen eingerichteten ärztlichen Wachstation befindet. Bei Schiffen, die nach den Angaben des Schiffskapitains über Art der Fracht, Ort der Herkunft und Ziel der Fahrt, Zahl und Gesundheitszustand der Mannschaften und Passagiere, als unverdächtig anzusehen sind, genügt zur Ausstellung des Gesundheitsscheins die Inspektion durch einen Hafenbeamten; befinden sich aber kranke, insbesondere infektionsverdächtige Personen oder Leichen von Personen, die vermutlich an ansteckenden Krankheiten gestorben sind, an Bord, so hat der Quarantainearzt das Schiff und alle seine Passagiere und Mannschaften ärztlich zu untersuchen und zwar erfolgt die Untersuchung an Bord ausserhalb des Hafens; das zu diesem Zweck dem

1) Die Quarantainekommission in Kopenhagen besteht aus dem Oberzollininspektor als Vorsitzenden, dem Stadtarzt und einem Bürgermeister; sie steht unmittelbar unter dem Justizministerium.



Arzte zur Verfügung stehende Sanitätsschiff geht oft bis zu 8 englischen Meilen in die See hinaus. Kranke und krankheitsverdächtige Passagiere und Mannschaften werden in einer nördlich vom Hafen beim Oeresundhospital liegenden Isolierbaracke untergebracht. Unmittelbar am Eingange des Hafens ist auch ein Desinfektionsapparat in einer Wellblechbaracke aufgestellt, der bei der Besichtigung nicht den Eindruck machte, als ob er häufig benutzt würde.

B. Im Besonderen.

1. Pocken und Schutzpockenimpfung. Dank der seit 1810 obligatorisch eingeführten Schutzpockenimpfung gehören die Pockenerkrankungen in Dänemark ebenso wie in Deutschland zu den Seltenheiten (auf 10000 Einwohner 0,01 Todesfall) und beschränken sich auf einzelne, meist von auswärts eingeschleppte Fälle. Es ist dies eigentlich zu verwundern, da nach dem z. Z. geltenden Impfgesetz vom 4. Februar 1871 der Nachweis der ersten Impfung erst beim Eintritt der Kinder in das schulpflichtige Alter, also im 7. Lebensjahre, vor Beginn des Schulbesuches erbracht zu werden braucht und demnach stets eine erhebliche Anzahl ungeimpfter Kinder vorhanden ist, wenn die Kinder auch in der Regel schon früher, meist im 2. bis 4. Lebensjahre, geimpft werden. Ausserdem ist eine Widerimpfung gesetzlich nicht vorgeschrieben; nur die Rekruten werden bei ihrer Einstellung zum Militär sämtlich revakziniert. Bricht jedoch eine Pockenepidemie aus, so können von der Gesundheitskommission Zwangsimpfungen angeordnet werden, die ebenso kostenfrei sind wie die öffentlichen Impfungen, zu denen ausschliesslich animale Lymphe benutzt wird, die nicht nur den Impfärzten, sondern auch allen Privatärzten unentgeltlich von der z. Z. noch in gemieteten Räumen untergebrachten staatlichen Impfanstalt in Kopenhagen geliefert wird. Die öffentlichen Impfungen werden fast ausschliesslich durch die Distrikts-(Stadt-)Aerzte ausgeführt, die dafür eine Gebühr von 50 Pfg. pro Impfling erhalten; in Kopenhagen sind auch praktische Aerzte als Impfärzte angestellt, die einen Befähigungsnachweis zu liefern haben. Alle Impfärzte müssen Impflisten führen, einen Bericht über das Ergebnis an den Physikus erstatten und diesem auch die Impfpläne für die öffentlichen Impfungen einreichen; eine Revision durch den Physikus findet aber nicht statt. Irgend welche erhebliche Impfbeschädigungen sollen angeblich nicht beobachtet werden.



Widerstand der Bevölkerung gegen die Impfung sowie Agitationen von Impfgegnern kennt man in Dänemark so gut wie gar nicht.

2. Betreffs der **Diphtherie** ist nur zu erwähnen, dass ihre Behandlung mit Diphtherieserum allgemein üblich ist und von den Angehörigen der Kranken auch stets verlangt wird. Die Ursache davon dürfte wohl nicht mit Unrecht in dem Umstande zu suchen sein, dass das Serum aus dem staatlichen Seruminstitut in Kopenhagen von Anfang an unentgeltlich an alle Aerzte abgegeben ist. Die Diphtheriesterblichkeit hat seit Einführung der Serumbehandlung ausserordentlich abgenommen, z. B. in sämtlichen Städten von 1215 Todesfällen im Jahre 1890 auf 127 im Jahre 1903, also fast um 90 pCt. (!!), in Kopenhagen von 1,38 p. M. der Lebenden in den Jahren 1887/1891 auf 0,09 p. M. in den Jahren 1902/1906.

3. In bezug auf die Bekämpfung der **Tuberkulose** kann Dänemark ebenfalls allen anderen Staaten als Vorbild gelten. Die hier allgemein herrschende Ansicht, dass Menschen- und Rindertuberkulose durch ein und denselben Bazillus hervorgerufen wird, sowie der ausserordentliche finanzielle Verlust, der durch die grosse Verbreitung der Tuberkulose unter dem reichen Viehstand der vorzugsweise Viehzucht treibenden Bevölkerung alljährlich erwächst, haben jedenfalls dazu beigetragen, gegen diese verheerende Volksseuche frühzeitiger als in anderen Ländern energisch vorzugehen und sich zu diesem Kampfe die neuesten Forschungsergebnisse der Wissenschaft nutzbar zu machen. So wurde bereits durch Gesetz vom 16. Mai 1897 die Anzeigepflicht bei Todesfällen infolge von Lungentuberkulose und die obligatorische Desinfektion auf öffentliche Kosten in solchen Fällen eingeführt. Ein Jahr später wurden durch das Gesetz vom 26. März 1898[1]) nebst Ausführungsbestimmungen vom 16. April 1898[1]) und 24. Januar 1899[1]) zweckentsprechende Anordnungen zur Bekämpfung der Tuberkulose beim Rindvieh getroffen (Tuberkulinimpfungen, Tötung aller Tiere mit Eutertuberkulose und Entschädigung aus der Staatskasse, Pasteurisierung aller Magermilch in den Molkereien usw.) und 100000 Kronen zur Durchführung dieser Massregeln alljährlich in den Etat eingestellt. Endlich sind zwei höchst wichtige Tuberkulosegesetze unter dem 14. April 1905[2]) erlassen, von denen

1) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1899, No. 17, S. 335 und 336.

2) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1905, No. 48, S. 1302 u. folg.

das eine die Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose betrifft, während das andere Bestimmungen über die Staatsbeihilfe enthält, die zur Errichtung von Tuberkulosekrankenhäusern und zur Behandlung von tuberkulösen Kranken in diesen gewährt werden soll. Nach dem ersten Tuberkulosegesetz liegt die örtliche Leitung und Ausführung der Massnahmen gegen die Weiterverbreitung der Tuberkulose ebenfalls den Gesundheits-(Epidemie-)Kommissionen unter Oberaufsicht der Obergesundheitskommissionen ob. Die Aerzte sind verpflichtet, die in ihrer ärztlichen Behandlung befindlichen Erkrankungsfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose dem zuständigen Distriktsarzt und etwaige Todesfälle der zuständigen Gesundheitskommission anzuzeigen, die dann eine Desinfektion der Wohnung, sowie der von den Kranken benutzten Gegenstände anzuordnen hat. Eine solche kann auch beim Umzuge eines Tuberkulösen stattfinden. Ohne vorausgegangene Desinfektion dürfen Kleider, Betten usw. des Kranken nicht benutzt, verkauft, verschenkt oder ausgeliehen werden. Lebt der Kranke unter solchen Verhältnissen, dass eine besondere Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit vorliegt, so kann die Gesundheits-(Epidemie-)Kommission geeignete Massregeln, namentlich seine Unterbringung in eine Heilstätte anordnen, jedoch kann ein Kranker gegen seinen Willen nicht zur Aufgabe seiner Erwerbstätigkeit oder zur Trennung von seinem etwaigen Ehegatten gezwungen werden. Die Krankenhausverpflegungs- und Behandlungskosten — 2,50 Kronen pro Tag angenommen — werden zu drei Viertel vom Staate getragen. Es ist ferner verboten, dass tuberkulöse Frauen Ammendienst ausüben und dass Personen, die entweder selbst tuberkulös sind oder unter deren Familienangehörigen Tuberkulöse vorhanden sind, Kinder in Kost und Pflege nehmen; desgleichen dürfen tuberkulöse Kinder nicht in Pflege gegeben werden. Schulpflichtige Kinder mit ansteckungsfähiger Tuberkulose können von der Schule ausgeschlossen werden; die Schuldirektion hat jedoch für passenden Unterricht dieser Kinder ausserhalb der Schule Sorge zu tragen; die Kosten dafür trägt zu $1/4$ die Gemeinde, zu $3/4$ der Staat. In allen öffentlichen wie Privatschulen ist für gehörige Reinhaltung der Schulräume und Schulgegenstände zu sorgen; auf ausreichende Lüftung haben die Lehrer zu achten. Kein Lehrer darf an einer öffentlichen Schule angestellt werden, wenn er nicht durch ein nicht über ein Vierteljahr altes ärztliches Zeugnis nachweist, dass er frei von Lungen- und Kehlkopftuberkulose ist. Erkrankt ein Lehrer oder anderer Staats- und Gemeindebeamter an ansteckungsfähiger



Tuberkulose, so kann er entlassen werden; es steht ihm jedoch in diesem Falle zwei Drittel des Gehaltes als Pension zu. Erweist sich jemand während der Ausübung des aktiven Militärdienstes als tuberkulös, so kann er auf Staatskosten in einem Tuberkulosehospital bis zur Beendigung der Dienstzeit untergebracht werden. Die Unterbringung von Tuberkulösen in Armenhäusern oder kommunalen Altersasylen ohne Tuberkulosekrankenabteilung ist verboten. Endlich liegt es dem Justizminister ob, von Zeit zu Zeit allgemeinverständliche aufklärende Belehrungen über das Wesen und die Verhütung der Tuberkulose zur öffentlichen Kenntnis zu bringen. Uebertretungen des Gesetzes werden mit Geldstrafe von 2 bis 2000 Kronen oder entsprechender Gefängnishaft bestraft.

Nach dem zweiten Tuberkulosegesetz, betreffend Staatsunterstützung an Krankenhäuser für Tuberkulöse sowie zur Behandlung von Kranken in solchen Anstalten, kann den für Tuberkulöse bestimmten Krankenhäusern und Pflegeanstalten, die staatsseitig anerkannt sind und sich der Aufsicht des Justizministers unterwerfen, sowie Kranken, die in solchen Anstalten behandelt werden, ein Staatszuschuss gegeben werden. Das Gesetz bestimmt dann weiter, unter welchen Bedingungen diese Staatsanerkennung erfolgen kann an sogenannte Küstenhospitäler, die vorzugsweise zur Aufnahme von Kindern unter 15 Jahren mit schwerer Skrophulose bestimmt sind, Küstensanatorien für Kinder unter 15 Jahren mit leichterer Skrophulose, Volksheilstätten für nicht weit vorgeschrittene Fälle von Lungentuberkulose, Tuberkulosehospitäler oder ausreichend getrennte Tuberkuloseabteilungen in Krankenanstalten für die verschiedenen Stadien der Tuberkulose, Genesungs- und Erholungsheime für noch nicht wieder völlig arbeitsfähige, aus Volksheilstätten usw. entlassene oder für Kranke, bei denen eine Behandlung in Heilstätten oder Tuberkulosehospitälern nicht nötig erscheint. Küstenhospitäler und Volksheilstätten müssen mindestens für 20 Personen Platz haben, Küstensanatorien, Tuberkulosehäuser oder Genesungsheime für mindestens 10, Tuberkuloseabteilungen für mindestens 6, Erholungsheime für mindestens 5; ausserdem dürfen die täglichen Pflegekosten 2 Kronen in den Küstenhospitälern, 1,20 Kronen in den Küstensanatorien, Genesungsheimen und Erholungsstätten, 3 Kronen für Erwachsene und 2 Kronen für Kinder in den Volksheilstätten, 2,50 Kronen für Erwachsene und 1,66 Kronen für Kinder in den Tuberkulosekrankenhäusern nicht übersteigen. Von diesen Pflegekosten bezahlt



der Staat drei Viertel, und zwar bei allen Mitgliedern von staatlich anerkannten Krankenkassen und deren Kindern unter 15 Jahren, sowie bei Kranken, die in beschränkten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Die übrigen Kosten werden von den Krankenkassen oder Gemeindearmenkassen getragen mit der ausdrücklichen Bestimmung, dass sie nicht als Armenunterstützung für die Beteiligten angesehen werden dürfen. Die Höhe des Staatszuschusses wird alljährlich im Voraus im Etat festgesetzt; ausserdem sind für die Jahre 1905—1909 alljährlich je 100000 Kronen zu Zuschüssen zum Neubau und zur Einrichtung von Tuberkulosehospitälern ausgeworfen; diese Zuschüsse werden jedoch nur unter der Bedingung gewährt, dass die Baupläne zuvor von dem Justizministerium genehmigt werden, die Kosten pro Bett ohne Bauplatz sich nicht höher als 2500 Kronen belaufen und der Zuschuss den Betrag von 1250 Kronen pro Bett nicht übersteigt.

Wenn diese Gesetze streng durchgeführt werden, was zu erwarten steht, werden die Erfolge gewiss nicht ausbleiben. Die Verbreitung der Tuberkulose ist namentlich unter der ländlichen Bevölkerung in Jütland noch eine verhältnismässig hohe; denn auf 1000 Einwohner entfielen in den Jahren 1896—1899 im Westen von Jütland 3,0—3,5, im Norden 2,5—3,0 und im Osten 2,0—2,5 Tuberkulose-Todesfälle, auf der Insel Fünen dagegen etwa 2,0, auf der Insel Seeland 1,5—2,0. Die Tuberkulosesterblichkeit hat übrigens auch in Dänemark während der letzten Jahrzehnte ziemlich erheblich abgenommen, in Kopenhagen z. B. (auf 1000 Einwohner berechnet) von 3,52 in den Jahren 1882—1886 auf 1,94 in den Jahren 1902 bis 1906 (im Jahre 1906 nur 1,55).

In Dänemark besteht auch seit Jahren ein Heilstättenverein (Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekaempelse), an dessen Spitze der jetzige Oberpräsident von Kopenhagen steht. Tuberkuloseheilstätten sind bis jetzt zwei vorhanden: das Vejlefjord Sanatorium und das Boserupsanatorium bei Roskilde auf Seeland; beide Anstalten sind von uns besichtigt.

Das Vejlefjord-Sanatorium ist in den Jahren 1897—1900 von einer philanthropischen Aktiengesellschaft mit Unterstützung des Staats gebaut. Es liegt am Nordrand des mit prachtvollen Buchen und Tannenwaldungen eingerahmten Vejlefjord etwa 12 Kilometer östlich von Vejle mit der Front nach Süden und verfügt über 100 Plätze. Die Baukosten haben etwa 400000 Kronen betragen, sodass auf 1 Bett 4000 Kronen (etwa 4500 Mk.) entfallen. Die Anstalt ist in hygienischer Hinsicht vorzüglich eingerichtet; nur die untere Liegehalle am Ge-



bäude selbst ist zu niedrig, auch in den Bade- und Doucheräumen vermisst man eine Wandbekleidung von Fliesen oder einen hellgehaltenen sauberen Oel- oder Porzellanfarbenanstrich. Die in ihr aufgenommenen Kranken beiderlei Geschlechts gehören hauptsächlich der wohlhabenden Bevölkerung an (Verpflegungssatz 4 bis 6 Kronen), jedoch finden auch etwas weniger bemittelte Kranke aus den gebildeten Ständen Aufnahme, denen dann eine Ermässigung des Pflegegeldes aus einem zur Verfügung stehenden Fonds gewährt wird, der sich durch den 4 pCt. des Anlagekapitals übersteigenden und ihm satzungsgemäss zu überweisenden Reingewinn alljährlich nicht unerheblich erhöht. Die Anstalt ist seit 1. März 1900 im Betrieb und seitdem fast immer voll belegt gewesen; als durchschnittliche Dauer der Kur werden nicht 3, sondern 6 Monate angenommen. Ebenso wie in fast allen Anstalten ist auch hier ein verhältnismässig zahlreiches Aerzte-, Pflege- und sonstiges Personal. Ausser einem in der Anstalt wohnenden Chefarzt sind 2 Assistenzärzte, 1 Apotheker für die Hausapotheke und für chemische Untersuchungen, 1 Verwalter, 1 Oberin und 15 Krankenpflegerinnen (1 auf 6 Kranke) angestellt, das Haus-, Küchen-, Maschinen- und Gärtnerpersonal besteht ausserdem aus 34 Personen.

Im Gegensatz zu dem vorgenannten Sanatorium trägt das von der Hauptstadt Kopenhagen etwa 8 Kilometer von Roskilde in den Jahren 1901 und 1902 errichtete und im November 1902 eröffnete Boeserup - Sanatorium den Charakter einer Deutschen Volksheilstätte. Es liegt auf einer kleinen Anhöhe, rings umgeben von Buchen-, Eichen- und Nadelholzwaldungen, in nächster Nähe des Roskilder Fjord, und besteht aus zwei unmittelbar neben einander liegenden, aber völlig getrennten Anstaltsgebäuden, die nach dem Korridorsystem (Seitenkorridor) gebaut sind, und von denen das eine für männliche, das andere für weibliche Kranke bestimmt ist. Die Trennung der Geschlechter ist im übrigen nicht streng durchgeführt; in dem grossen Park ist allerdings eine Abtrennung durch Lattenzaun vorgesehen, der Zaun ist aber so niedrig und zeigte überall unverschlossene Türen, so dass er seinen Zweck keinesfalls erfüllt. Bisher sollen sich jedoch keine Missstände aus der nicht streng durchgeführten Trennung der Geschlechter ergeben haben. Die Gebäude liegen mit der Hauptfront nach Süden, dasselbe ist betreffs der Liegehallen der Fall; ausserdem sind noch Liegehallen im Walde errichtet. Die Einrichtungen der Heilstätte entsprechen allen hygienischen Anforderungen; man glaubt sich in eine gut eingerichtete Deutsche Volksheilstätte versetzt. Wie in fast allen dänischen Krankenanstalten, stehen die Spucknäpfe nicht auf dem Fussboden, sondern sind in 1—1,20 m Höhe an den Wänden angebracht; durch diese Art des Anbringens soll das beim Aufstellen auf dem Fussboden unausbleibliche Vorbeispucken mit bestem Erfolge vermieden werden; wir haben auch nirgends eine Beschmutzung des Fussbodens oder der Wände in der Nähe der Spucknäpfe gefunden. Der Inhalt der Spucknäpfe und Speiflaschen wird im Boeserup-Sanatorium durch Kochen desinfiziert und dann in die allgemeine Kanalisation abgeführt, die in den Fjord ausmündet; kurz vor ihrem Ausfluss ist ein Klär- oder vielmehr Absatzbecken eingeschaltet, dessen Wirkung aber zu wünschen übrig lässt, wie sich aus den ziemlich erheblichen Schlammmassen ergiebt, die sich in der Nähe der Ausmündung des Kanals angesammelt hatten. Man beabsichtigt deshalb hier eine biologische Anlage, ebenso wie bei dem Vejle-Sanatorium, anzulegen.

Die Kosten für Behandlung und Verpflegung betragen in dem Boeserup-Sanatorium nur 1,20 Kronen; hiervon bezahlen die Krankenkassenmitglieder innerhalb der ersten 13 Wochen die Hälfte, innerhalb der nächsten 13 Wochen werden sie dagegen unentgeltlich verpflegt; dann müssen sie wieder pro Tag 60 Oere bezahlen bis zum Aufhören der Krankenunterstützung. Im allgemeinen ist der Aufenthalt der Kranken auf 6 Monate berechnet; eine weitere Verlängerung der Kur bedarf der Genehmigung des Magistrats.

Ausser diesen beiden Sanatorien für Lungenkranke sind noch verschiedene andere vom „Nationalverein für Bekämpfung der Tuberkulose“ gegründete Volksanstalten vorhanden: Ein Sanatorium bei Sylkeborg (Jütland) mit 172 Plätzen für Männer, ein Sanatorium in Ry bei Skandesborg (Jütland) und in Haslev (Seeland) für je 38 und 25 Frauen, ferner je ein Sanatorium in Skörping bei Aalborg für 123 Frauen und in Nakkelbölle [Fünen][1]) für 122 Frauen.[2])

Mit dem Inkrafttreten des Tuberkulosegesetzes wird sich voraussichtlich die Zahl der Volksheilstätten und der besonderen Tuberkulose-Abteilungen bei den bestehenden Krankenanstalten noch erheblich vermehren.

4. Die **venerischen Krankheiten** unterliegen nur insoweit der Anzeigepflicht, als sämtliche Aerzte gehalten sind, die in ihre Behandlung gelangten Erkrankungsfälle in den wöchentlichen, dem Distriktsarzt einzureichenden Nachweisungen über ansteckende Krankheiten mitanzumelden, aber ohne Nennung des Namens. Aus diesen Nachweisungen, die allerdings nach der uns gegebenen Mitteilung nicht als ganz zuverlässig angesehen werden können, geht hervor, dass die venerischen Krankheiten in den Jahrzehnten 1876—1895 erheblich abgenommen haben, und zwar nicht nur in Kopenhagen (1876 bis 1885: 29,02 pM. der Einwohner gegen 20,0 pM. in den Jahren 1886 bis 1895), sondern auch in den Provinzialstädten und auf dem Lande (von 5,6 pM. bzw. 0,62 pM. in den Jahren 1876—1885 auf 3,02 pM. bzw. 0,38 pM. in den Jahren 1886—1895), dass sich aber seit 1895 ein solche Abnahme nur noch in geringem Masse, wenigstens in Kopen-

1) Noch nicht fertiggestellt, wird voraussichtlich am 1. Oktober 1907 eröffnet.

2) Ferner haben die sogen. „Anteilsvereine“ Sanatorien in Krabbesholm bei Skiwe (Jütland) für 100 Männer und Frauen und bei Faksinge (Seeland) für 120 Männer gebaut. Bei Kolding wird demnächst ein Kinder-Tuberkulosesanatorium (sog. „Weihnachts-Briefmarken-Sanatorium“) mit 100—200 Plätzen binnen kurzer Zeit vollendet sein. Ein von einem privaten Verein gegründetes Kindersanatorium mit 70 Plätzen besteht für Kopenhagen schon seit 10 Jahren in Hellebaeck bei Helsingör; es ist jetzt vom Staate anerkannt und erhält demzufolge Subvention.



hagen, bemerkbar gemacht hat (1886—1903: 17,45 pM.). Weiterhin zeigen die Nachweisungen, dass die venerischen Krankheiten in der Hauptstadt um das 5—6fache mehr verbreitet sind als in den Provinzialstädten, und um das 50fache mehr als auf dem Lande. Ebenso wie in andern Ländern bilden die Erkrankungen an Gonorrhoe die grosse Mehrzahl (fast 70 pCt. aller Geschlechtskrankheiten — in Kopenhagen etwa 68 pCt., in den Provinzialstädten etwa 73 pCt. und auf dem Lande 69,0 pCt. —), während auf Syphilis durchschnittlich 18 pCt. und auf weichen Schanker 12 pCt. entfallen. In den letzten Jahren (1896—1903) hat sich dieses Verhältnis in Kopenhagen etwas zu Ungunsten der Syphilis verschoben und sich bei dieser auf 24,4 pCt. gestellt, gegen 66,5 pCt. Gonorrhoe und 9,1 pCt. weichen Schanker. Von den Erkrankten sind durchschnittlich 80 pCt. männlichen und 20 pCt. weiblichen Geschlechts; in der Provinz stellt sich dieses Verhältnis auf 86,5 und 13,5 pCt., in Kopenhagen dagegen auf 78 und 22 pCt.

Für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution waren bis jetzt, abgesehen von den §§ 180—182 des Allgemeinen Strafgesetzbuches vom Jahre 1866, durch die nicht nur die gewerbsmässige Unzucht, sondern auch die Ausübung des Beischlafes seitens geschlechtskranker Personen bestraft wird, hauptsächlich das Gesetz vom 10. April 1874 mit Ergänzung vom 1. März 1895 massgebend. Diese Bestimmungen sind inzwischen durch das neue Gesetz vom 30. März 1906[1]), betreffend die Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit und venerischen Ansteckung, aufgehoben; nur der § 181 des Strafgesetzbuchs[2]) ist auch fernerhin in Kraft geblieben. Durch das neue Gesetz ist die bisherige polizeiliche Kontrolle durch Reglementierung der Prostitution vollständig aufgehoben und an ihre Stelle eine wesentlich ausgedehnte ärztliche Kontrolle sowie die weitgehendste Möglichkeit zur unentgeltlichen poliklinischen oder Krankenhaus-Behandlung gesetzt. Das Gesetz findet in gleicher Weise wie der § 181 des Strafgesetzbuches auf alle Personen ohne Rücksicht des Geschlechtes Anwendung; sein Inhalt ist im wesentlichen folgender:

1) Siehe Veröffentl. d. Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1907, No. 7, S. 156.

2) Der § 181 des Strafgesetzbuches lautet: „Wenn jemand, der weiss oder vermutet, dass er mit einer ansteckenden venerischen Krankheit behaftet ist, mit einer anderen Person Unzucht übt, so ist auf Gefängnisstrafe oder unter erschwerenden Umständen auf Besserungshausstrafe zu erkennen."



Im § 1 wird die polizeiliche Gestattung der Prostitution aufgehoben, und im § 2 die Aufforderung zur Unzucht und das Zurschautragen eines unsittlichen Benehmens, sofern dadurch das Schamgefühl verletzt, öffentliches Aergernis erregt oder Umwohnende belästigt werden, unter Strafe gestellt (Gefängnis, im Wiederholungsfalle Zwangsarbeit; nur bei mildernden Umständen ist Geldstrafe und bei noch nicht Bestraften eine Verwarnung zulässig). Die gleiche Strafe trifft Frauenspersonen, die Unzucht als Gewerbe betreiben und einen erwachsenen Mann oder ein über 2 Jahre altes Kind bei sich im Hause haben oder Besuche von männlichen Personen unter 18 Jahren empfangen. § 3 verbietet die Unterhaltung von Bordellen[1]), die Kuppelei, die gewinnsüchtige Hergabe von Zimmern an Personen beiderlei Geschlechtes zum Zwecke der Unzucht sowie die öffentliche Bekanntmachung und Anpreisung von Gegenständen, welche die Folgen des Beischlafes verhindern sollen. Im § 4 wird die Anwendung des § 181 des Strafgesetzbuches[2]) auch auf die Ehegatten ausgedehnt und ausserdem eine Verpflichtung zur Entschädigung des Infizierten ausgesprochen. Weiterhin haben nach § 5 des Gesetzes alle Personen, die an venerischen Krankheiten leiden, ohne Rücksicht auf ihre Vermögensverhältnisse Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung und Verpflegung in einer Krankenanstalt, und zwar ohne dass eine solche Inanspruchnahme als öffentliche Armenunterstützung angesehen wird. Desgleichen sind alle derartigen Personen verpflichtet, sich einer solchen Behandlung zu unterwerfen, wenn sie nicht nachweisen können, dass sie sich in einer privaten ärztlichen Behandlung befinden. Liegt die Gefahr vor, dass bei solchen Personen die Verhütung der Uebertragung ihrer Krankheit nur durch ihre Absonderung möglich ist, so muss ihre Unterbringung in ein Krankenhaus erfolgen. Dasselbe gilt betreffs der Personen, die dauernde Armenunterstützung erhalten. Ferner kann ihnen nach ihrer Entlassung aus der ärztlichen Behandlung von dem Arzte die Verpflichtung auferlegt werden, sich zu bestimmten Zeiten bei ihm zur Untersuchung einzufinden oder ihm eine schriftliche Bescheinigung darüber vorzulegen, dass ihre Behandlung von einem anderen autorisierten Arzte übernommen ist (§ 6). Jeder Arzt, der eine geschlechtskranke Person behandelt oder untersucht, ist nach § 7 verpflichtet, diese auf die Ansteckungsgefahr und die gerichtlichen Folgen bei einer von ihr ausgehenden Ansteckung aufmerksam zu machen und sie insbesondere vor dem Eingehen einer Ehe zu warnen. Darüber, dass dies seitens des Arztes geschehen ist, hat er in den wöchentlichen Berichten an den zuständigen Stadt- oder Distriktsarzt einen Vermerk zu machen; bei Nichtbeachtung dieser Verpflichtungen verfällt er in eine Geldstrafe bis zu 200 Kronen (§ 8).

Ebenso wie in dem früheren Gesetze ist auch in dem jetzigen (§ 9) eine Bestimmung vorgesehen, wonach syphilitische Kinder nur von der eigenen Mutter genährt werden dürfen und es venerischen weiblichen Personen bei Strafe untersagt ist, Ammendienste zu leisten. Ferner sind die Angehörigen eines venerischen

---

1) Ein Verbot der Bordelle war schon früher durch das Gesetz vom 11. April 1901 erlassen.

2) Vergl. Anmerkung 2 auf S. 288.

Kindes, wenn sie dieses in Pflege geben wollen, verpflichtet, den Pflegeeltern oder der Amme mitzuteilen, dass das Kind krank oder der Syphilis verdächtig ist; ein solcher Verdacht wird, auch wenn keine Krankheitszeichen vorliegen, angenommen, falls der Vater oder die Mutter aber vor weniger als 7 Jahren sich Syphilis zugezogen haben und noch nicht 3 Monate seit der Geburt des Kindes verflossen sind. Nach § 9 kann jeder, der sich eines Vergehens gegen die §§ 1, 2, 4 und 9 schuldig macht, auf Veranlassung der Polizei mit seiner ausdrücklichen Einwilligung einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden; weigert er sich, so entscheidet das Gericht (§ 10). Diese Untersuchungen sind von dem zuständigen Bezirks- oder Stadtarzte oder dem eigens dazu angestellten Untersuchungsarzte vorzunehmen, und zwar die gegen den Willen des Kranken auszuführenden von einem Arzte seines Geschlechts, falls ein solcher zur Verfügung steht. Die Kosten dafür trägt die Stadtkasse, auf dem Lande der Amtsverteilungsfonds; falls keine Vereinbarung getroffen, erhält der Arzt 4 Kronen für die erste und 1 Krone für jede folgende Untersuchung in demselben Termin; die Ausstellung etwaiger Zeugnisse hat unentgeltlich zu geschehen. Die §§ 14—16 des Gesetzes enthalten neben Strafbestimmungen noch im § 15 die Bestimmung, dass die Polizei Hotel-, Schank- und Gastwirten verbieten kann, Frauenspersonen, die schon einmal wegen Unzucht (§ 2) bestraft sind, im Hause zu haben oder zur Unterhaltung und Bedienung der Gäste zu benutzen. Im § 17 wird schliesslich bestimmt, dass unter dem Ansdruck „Geschlechtskrankheit“ im Sinne des Gesetzes diejenigen Krankheitsformen einbegriffen sind, die in der Medizin als Syphilis, Gonorrhöe und Ulcus venereum bezeichnet werden.

Man muss abwarten, ob dieses neue System bessere Erfolge als das frühere Reglementierungssystem hat, das sich jedenfalls gegen die sogenannte geheime Prostitution als wirkungslos erwiesen und dazu beigetragen hat, dass sich diese von Jahr zu Jahr immer mehr ausgebreitet und ebenso wie in anderen Orten weit mehr als die öffentliche zur Verbreitung der venerischen Krankheiten beigetragen hatte. Im allgemeinen ist man übrigens schon vor dem Erlass des neuen Gesetzes in Dänemark von dem sehr richtigen Grundsatze ausgegangen, die noch nicht inskribierten Frauenzimmer von den inskribierten Prostituierten fernzuhalten, in der Voraussetzung, ihnen dadurch den Rückweg zu einem geordneten Lebenswandel möglichst anzubahnen. Demzufolge wurden in Kopenhagen die betreffenden Frauenzimmer, wenn sie nach der ersten Verwarnung krank befunden wurden, zunächst nicht dem besonderen Prostituiertenkrankenhause, sondern einem allgemeinen Krankenhause zur Behandlung überwiesen; desgleichen wurden die nur unter Polizeiaufsicht stehenden Personen nicht zu derselben Zeit ärztlich untersucht wie die inskribierten Prostituierten; selbst in dem sogenannten „Vestre-Hospital“, das lediglich zur Aufnahme und Behandlung von venerischen Kranken

dient, sind zwei völlig getrennte Abteilungen für inskribierte Prostituierte und für andere derartige Kranke vorgesehen, so dass diese mit den anderen gar nicht in Berührung kommen. Das Hospital ist von uns unter der liebenswürdigen Leitung des Oberarztes besichtigt und kann als Prostituiertenkrankenhaus nach mancher Richtung hin als vorbildlich gelten, wenn es auch in baulicher Hinsicht nicht überall mehr allen hygienischen Anforderungen entspricht.

Das Krankenhaus besteht aus zwei völlig getrennten Abteilungen; die Räume im Erdgeschoss dienen hauptsächlich als Arbeits- und Tagesräume für die nicht bettlägerigen Kranken, die hier tagsüber beschäftigt werden; im ersten Geschoss sind die Schlafräume für diese Kranken, im zweiten Geschoss die für bettlägerige Kranke und im dritten Geschoss die Räume für die ärztliche Behandlung und Untersuchung, für wissenschaftliche Untersuchungen usw. Das Instrumentarium für syphilitische und nichtsyphilitische Kranke ist völlig getrennt, um jede Uebertragung zu verhüten. Die nicht bettlägerigen Kranken sind durch die Hausordnung gezwungen, zu arbeiten; es steht ihnen aber frei, für sich selbst zu arbeiten oder für die Anstalt; im letzteren Falle werden sie für die geleistete Arbeit entsprechend bezahlt und erhalten den erzielten Verdienst bei ihrer Entlassung. Der Oberarzt der Anstalt hat das Recht, Verstösse gegen die Hausordnung durch Isolierung, Entziehung der üblichen Kost usw. zu bestrafen; nach seiner Mitteilung ist er aber nur ausnahmsweise zur Anwendung von Zwangsmassregeln gezwungen; die Ursache davon wird nicht nur in dem reichlichen, gut geschulten Wartepersonal, sondern auch darin zu suchen sein, dass dieses z. T. aus besseren Ständen hervorgegangen ist, namentlich ist dies bei den Oberinnen der einzelnen Abteilungen der Fall. Im Jahre 1903 sind in dem Vestre-Hospital 1786 Kranke verpflegt, darunter 1224 in der Abteilung für nicht inskribierte weibliche Personen und 562 in der Abteilung für inskribierte Prostituierte; die Behandlungsdauer betrug bei den ersteren durchschnittlich 17,54, bei den letzteren 34,10 Tage, im Gesamtdurchschnitt 22,55 Tage. Erwägt man, dass in demselben Jahre in Kopenhagen 790 Prostituierte inskribiert waren (1 : 560 Einwohner gegen 1 : 400 in Berlin), so ergibt sich, dass von diesen fast 70 pCt. im Laufe des Jahres venerisch erkrankt sind. Von den im Vestre-Hospital verpflegten Kranken litten an Gonorrhöe 1087 = 61 pCt., an Syphilis 179 (darunter 50 pCt. Rezidive) = 10 pCt.; die Verhältniszahl der Syphilitischen war also geringer als die sonst in Dänemark beobachtete (s. vorher S. 288).

Die zur Zeit unserer Studienreise noch üblichen **sittenärztlichen Untersuchungen** fanden wöchentlich zweimal durch besondere dazu angestellte Aerzte statt, in Kopenhagen in einem unmittelbar beim Vestre-Hospital gelegenen Gebäude; es konnte jedoch unter Sittenkontrolle stehenden weiblichen Personen gestattet werden, sich auch von Privatärzten untersuchen zu lassen, nur mussten diese dann von der Polizei besonders dazu autorisiert sein. In Kopenhagen gab es damals zwei angestellte Polizeiärzte und 9 autorisierte Privat-



ärzte[1]). Die Untersuchungen wurden nach denselben Grundsätzen ausgeführt wie in Deutschland; ihre Zahl betrug im Jahre 1903 in Kopenhagen 31 662, davon 26 936 durch die Polizeiärzte und 4726 durch Privatärzte; die geringste Ziffer der von den Polizeiärzten an einem Untersuchungstage vorgenommenen Untersuchungen stellte sich auf 607, die höchste auf 675, Ziffern, die für nur zwei Aerzte reichlich hoch bezeichnet werden müssen. Auffallend ist es übrigens, dass von den in Kopenhagen durch die Aerzte angemeldeten venerischen Kranken trotz der schon früher gewährten unentgeltlichen Behandlung in einer Krankenanstalt durchschnittlich nur etwa 35 pCt. davon Gebrauch machen, während sich bei den übrigen ansteckenden Krankheiten diese Verhältnisziffer auf 60—75 pCt. stellt; es lässt sich dies nur dadurch erklären, dass die venerischen Krankheiten unter der wohlhabenden Bevölkerung erheblich mehr als unter den ärmeren Volksklassen verbreitet zu sein scheinen.

VIII. Gewerbehygiene.

1. **Gesetzliche Bestimmungen.** Eine Gewerbeordnung wie in Deutschland giebt es in Dänemark nicht; die Industrie ist dort überhaupt noch verhältnismässig gering entwickelt und dementsprechend hat sich auch die Notwendigkeit einer besonderen Gesetzgebung auf diesem Gebiete nicht so fühlbar als anderwärts gemacht. Erst im Jahre 1873 wurden gesetzliche Vorschriften (Gesetz vom 24. Mai 1873) getroffen, die aber hauptsächlich nur den Schutz der Kinder und der jugendlichen Arbeiter im Auge hatten; ausserdem wurden zur Kontrolle dieser Vorschriften die Arbeitsinspektoren eingeführt, deren Zahl durch Gesetz vom 19. März 1898 vermehrt worden ist. Das Gesetz vom 12. April 1889 brachte Vorschriften zur Vorbeugung von Unglücksfällen bei dem Gebrauch von Maschinen; vor einigen Jahren sind dann alle bisherigen Vorschriften auf diesem Gebiete durch das Gesetz vom 30. März 1901, betreffend die Arbeit in den Fabriken und den damit gleichgestellten Betrieben sowie deren öffentliche Beaufsichtigung, zusammengefasst und neu geregelt[2]). Ausser diesem Gesetze kommen

1) Jetzt sind auf Grund des neuen Gesetzes (§ 12) zwölf Aerzte (darunter zwei weibliche) von der Stadt angenommen, welche die an Geschlechtskrankheiten leidenden Personen unentgeltlich ambulatorisch behandeln und aus der Stadtkasse für jeden ersten Besuch 3 Kronen, für jeden folgenden Besuch 1 Krone erhalten.

2) Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamtes; 1901, No. 38, S. 885.



auf dem Gebiete der Gewerbehygiene auch die Vorschriften der allgemeinen Gesundheitsgesetzgebung insofern in Betracht, als in allen Orten mit Gesundheitskommissionen durch die örtlichen Gesundheitsordnungen fast ausnahmslos in bezug auf die gewerblichen Anlagen gewisse hygienische Vorschriften gegeben sind, die allerdings je nach den einzelnen Orten erheblich von einander abweichen.

2. **Gewerbeaufsicht.** Das Gewerbe- und Fabrikwesen ist dem Ministerium des Innern unterstellt, nur bei einzelnen Angelegenheiten z. B. Massnahmen zur Verhütung von Unglücksfällen, zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten und Viehseuchen (Ueberwachung der Molkereien usw.) ist der Justizminister resp. der Landwirtschaftsminister die Oberaufsichtsbehörde; desgleichen hat der Justizminister auch seine Genehmigung zu denjenigen Vorschriften zu geben, die in den örtlichen Gesundheitsordnungen betreffs der gewerblichen Betriebe getroffen sind. Die eigentliche Leitung der Gewerbeaufsicht ist einem vom Könige ernannten und dem Ministerium des Innern unterstellten Direktor für das Arbeits- und Fabrikaufsichtswesen übertragen, dem eine Anzahl von männlichen und weiblichen Fabrikinspektoren und Assistenten unterstellt ist, welche die örtliche Aufsicht auszuüben haben und die vom Minister des Innern nach Beratung mit dem Justizminister ernannt werden. Als begutachtendes Organ ist ausserdem dem Minister des Innern ein „Arbeitsrat“ und dem Justizminister ein „Arbeiterversicherungsrat“ beigegeben.

Der Arbeitsrat besteht aus einem vom König ernannten Vorsitzenden und 8 anderen vom Minister ernannten Mitgliedern, von denen mindestens je 3 Arbeitgeber und Arbeitnehmer sein müssen, die, falls Zentralvereine von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bestehen, von diesen gewählt werden. Der Direktor des Gewerbeaufsichtswesens kann von dem Arbeitsrat Aeusserungen über Fragen seiner amtlichen Thätigkeit einfordern; umgekehrt ist der Arbeitsrat aber auch berechtigt, aus eigener Initiative Sachen anzuregen sowie Wünsche und Vorschläge in dieser Hinsicht dem Minister des Innern vorzutragen. Der Arbeiterversicherungsrat ist aus 7 Mitgliedern zusammengesetzt: der Vorsitzende und 2 andere Mitglieder, darunter ein Arzt, werden vom König ernannt, die übrigen vom Minister und zwar zwei Arbeitgeber und zwei von den Krankenkassenvorständen zu wählende Arbeitnehmer.

3. Die **Mitwirkung der Medizinalbeamten** ist auf dem Gebiete der Gewerbehygiene im Allgemeinen keine erhebliche und kommt

hauptsächlich nur für solche Kleinbetriebe in Betracht, die nicht unter die Bestimmungen des Fabrikgesetzes fallen, also nicht über 5 Arbeiter beschäftigen. Sie hängt im grossen und ganzen davon ab, ob und inwieweit die örtlichen Gesundheitsordnungen Bestimmungen in bezug auf die gewerblichen Betriebe getroffen haben und die Ausführung dieser Bestimmungen demgemäss von den Gesundheitskommissionen kontrolliert wird; nach dem Gesetz vom 30. März 1901 liegt den Gesundheitskommissionen jedoch nur der Schutz der Umwohnenden gegen etwaige Schädlichkeiten durch Fabriken und industrielle Anlagen ob, während der Schutz der Arbeiter in der Hand des Fabrikdirektors ruht. Der Gesundheitsbeamte wirkt in allen diesen Fällen als Mitglied und fachlicher Berater der Gesundheitskommission mit und zwar in erster Instanz der Distriktsarzt, in zweiter der Physikus; sein Gutachten bildet in der Regel die Grundlage für die Entscheidung der Gesundheitskommissionen und für die von diesen erforderlichenfalls als nötig befundenen Massregeln.

Eine besondere Genehmigung ist in Dänemark für gewerbliche Anlagen nicht vorgeschrieben, sondern nur eine Anmeldepflicht für alle diejenigen Betriebe, die nach dem vorher erwähnten Fabrikgesetz der Gewerbeaufsicht unterliegen, also alle Betriebe, in denen mehr als fünf Arbeiter beschäftigt oder ohne Rücksicht auf die Arbeiterzahl mechanische Bewegungskräfte wie Dampf, Gas, Petroleum, Elektrizität usw. benutzt werden. Dagegen hat jeder, der eine Fabrik errichten und betreiben oder eine bereits bestehende Anlage in eine solche umwandeln will, das Recht, bei der zuständigen Gewerbeaufsichtsbehörde unter Vorlage der erforderlichen Pläne, eines Erläuterungsberichts usw. anzufragen, ob nach den geltenden Bestimmungen ihrerseits Einwendungen gegen die Anlage zu erheben sind. Beachtet er dann die von dieser Behörde gemachten Ausstellungen nicht, so läuft er Gefahr, dass ihm späterhin die Abstellung der etwaigen Mängel und vorschriftswidrigen Einrichtungen aufgegeben wird unter Androhung einer Untersagung des Betriebes. Die Folge dieser Be-Bestimmung ist, dass die Pläne zu derartigen Neuanlagen von den Unternehmern fast ausnahmslos vorher den betreffenden Behörden zur Prüfung vorgelegt werden; die letzteren können auch ihre Vorlage verlangen, wenn sie Kenntnis von der Errichtung solcher Betriebe oder vom Umbau bestehender Anlagen erhalten, um etwaige Einwendungen erheben zu können. Durch die örtlichen Gesundheitsordnungen unterliegt ausserdem die Einrichtung und der Betrieb ge-



werblicher Anlagen manchen Beschränkungen; so dürfen z. B. nach der Gesundheitsordnung für Kopenhagen gewisse gesundheitsbedenkliche gewerbliche Betriebe nur in bestimmten Stadtteilen errichtet werden, desgleichen ist die Gesundheitskommission berechtigt, auch gegen bestehende Betriebsstätten wegen Verbreitung übler Gerüche, Belästigung durch übermässigen Rauch usw. einzuschreiten, entsprechende Anordnungen zu deren Abstellung zu treffen (z. B. innerhalb des Stadtbezirks nur die Verwendung von Waleskohle vorzuschreiben, um einer übermässigen Rauchentwicklung vorzubeugen), oder erforderlichenfalls den Betrieb zu untersagen.

4. Ebenso gelten die in Bezug auf den **Arbeiterschutz** im Gesetz vom 30. März 1901[1]) gestellten Anforderungen nicht nur für neue, sondern teilweise auch für bereits vorhandene Anlagen. Danach sind die Arbeitsstätten so einzurichten, dass die Gesundheit, das Leben und die Gliedmassen der Arbeiter, sowohl während der Arbeit, als während des Aufenthaltes auf der Arbeitsstelle genügend geschützt sind. Zu diesem Zwecke schreiben die §§ 5—7 des genannten Gesetzes folgendes vor:

§ 5. Die Arbeitsräume dürfen mit Arbeitern nicht überfüllt werden; bei der Einrichtung neuer oder bei der Veränderung von älteren Arbeitsstellen ist für jeden Arbeiter ein Luftraum von mindestens acht Kubikmetern vorzusehen.

Es soll auf zweckmässige Weise, unter Umständen durch Lufterneuerung auf künstlichem Wege, für passenden Luftwechsel in so reichlichem Masse gesorgt werden, wie die Art des Betriebes es gestattet; dies gilt besonders für solche Räume, in denen sich Staub oder gesundheitsgefährliche Stoffe (Luftarten oder Dämpfe) entwickeln. Auch muss durch Ventilation sowie nötigenfalls durch Absperrung dafür gesorgt werden, dass giftige Luftarten, Rauch, Staub und starke Hitze, Dampf und üble Gerüche, die sich in den einzelnen Arbeitsräumen und während gewisser Betriebszeiten entwickeln können, in andere Arbeitsräume nicht hineindringen.

Der Zutritt zn Arbeitsräumen, in denen giftige Stoffe verarbeitet oder benutzt werden, ist für alle anderen Arbeiter, die dort nicht beschäftigt sind, zu verbieten.

Tapeten an den Wänden und Decken sind in denjenigen Räumen verboten, in denen das Aufsichtswesen aus gesundheitlichen Gründen deren Verwendung für ungeeignet erklärt. Sowohl die Wände, wie die Decken und namentlich die Fussböden sind häufig zu reinigen; in dieser Beziehung können seitens des Aufsichtswesens nähere Vorschriften erlassen werden. Wo die Verhältnisse es gestatten, sind gekalkte Wände und Decken ausserdem einmal jährlich mit Kalk frisch zu streichen.

§ 6. Die Beleuchtung der Arbeitsräume soll sowohl zur Ausführung der Arbeit, wie zur Beobachtung der in den Räumen angebrachten Maschinen und

1) Siehe Anm. 2 auf S. 292.



anderer Gegenstände ausreichend sein; falls künstliche Beleuchtung benutzt wird, soll diese gefahrlos sein. In Arbeitsräumen, in denen explosive oder leicht entzündliche Luftarten, Dämpfe oder Staub vorhanden sind oder sich entwickeln, muss für künstliche Beleuchtung auf sichere Weise Sorge getragen werden.

Die Erwärmung der Arbeitsräume soll dort gefordert werden können, wo die Arbeit im Sitzen erfolgt und die Verhältnisse es im übrigen erheischen.

§ 7. Auf oder bei der Arbeitsstelle ist während der kalten Jahreszeit den Arbeitern Gelegenheit zu geben, ihre Mahlzeiten in erwärmten Räumlichkeiten einnehmen zu können und, insofern die Verhältnisse es gestatten, ihr Mittagessen gewärmt zu bekommen, wenn es mitgenommen oder gebracht wird.

Ueber die Beschäftigung von Kindern bestimmt das Gesetz, dass solche unter 12 Jahren zur Arbeit in den der Gewerbeaufsicht unterstellten Betrieben überhaupt nicht und solche über 12—15 Jahren bis zur Entlassung aus der Schule nur 6 Stunden täglich einschliesslich einer halben Stunde Ruhezeit arbeiten dürfen, und zwar nur zwischen 6 Uhr morgens und 8 Uhr abends. Ausserdem dürfen sie während der Schul- und Konfirmandenzeit sowie $1^1/_2$ Stunde vor Beginn des Unterrichts ebensowenig beschäftigt werden wie an Sonn- und Feiertagen. Für jugendliche aus der Schule entlassene, unter 18 Jahren alte Arbeiter soll die Arbeitszeit 10 Stunden nicht überschreiten und ebenfalls nur in der Zeit von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends liegen; nach $4^1/_2$ Stunden hat stets eine Ruhepause von wenigstens $^1/_2$ Stunde einzutreten. Ferner ist die Arbeitszeit so zu legen, dass die Arbeiter durch diese nicht vom Besuche des fachlichen Unterrichts abgehalten werden. Bevor Kinder und jugendliche Arbeiter angenommen werden, hat der Arbeitgeber ihre ärztliche Untersuchung durch einen beamteten Arzt oder einen anderen besonders dazu bestimmten Arzt zu veranlassen, um den Nachweis zu erbringen, dass sie mit Rücksicht auf ihre körperliche Entwicklung und ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit die auszuführende Arbeit übernehmen können; die Kosten für diese ärztliche Bescheinigung, in der Angaben über Grösse, Körpergewicht, Brustweite usw. des Untersuchten zu machen sind, hat der Arbeitgeber zu tragen. Wöchnerinnen dürfen nicht vor Ablauf der ersten vier Wochen nach ihrer Entbindung in den Fabriken beschäftigt werden, wenn sie nicht ein ärztliches Zeugnis beibringen, dass dies ohne Schaden für ihre eigene Gesundheit und die des Kindes geschehen kann. Endlich wird in dem Gesetze noch vorgeschrieben, dass eine Trennung der beiden Geschlechter sowohl während der Arbeit, als während der Mahlzeiten stattzufinden hat; lässt sich eine solche wegen der Art der Arbeit



oder wegen Beschaffenheit der Räumlichkeiten nicht durchführen, so ist der Arbeitgeber für die Beobachtung der Sittsamkeit und des Anstandes im Verkehr zwischen beiden Geschlechtern verantwortlich.

Das Gesetz gibt auch den Stadt- und Gemeindevertretungen das Recht, mit Genehmigung des Ministers Vorschriften zu erlassen, nach denen für die Beschäftigung von Kindern und jugendlichen Arbeitern in anderen, nicht unter das Gesetz fallenden Betrieben ebenfalls die gleichen Vorschriften eingeführt werden. So ist es z. B. in Kopenhagen durch Verordnung vom 23. Mai 1903 verboten, Kinder unter 12 Jahren mit dem Austragen von Milch, Backwaren, Zeitungen usw. sowie zum Aufstellen von Kegeln zu beschäftigen, und Kindern über 12 Jahren eine solche Beschäftigung nur in beschränktem Masse gestattet. Trotzdem ist die Beschäftigung von Schulkindern noch eine verhältnismässig ausgedehnte; eine vor einigen Jahren erfolgte Umfrage ergab, dass z. B. in Kopenhagen von 37000 Schulkindern 7761 ausserhalb der Schulzeit und in der Provinz von 35000 Schulkindern 2250 in fremden und 9300 im Haushalte der Eltern beschäftigt wurden.

6. Für die **Unfallversicherung** ist das Gesetz vom 7. Januar 1898 massgebend, das ähnlich wie in England nicht einen Versicherungzwang einführt, sondern nur die persönliche Haftpflicht des Arbeitsgebers für sämtliche Betriebsunfälle, abgesehen von den durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz herbeigeführten, und die den Verletzten zu gewährende Entschädigung festlegt, aber im übrigen dem Arbeitgeber überlässt, ob und in welcher Weise er seine Arbeiter versichern will. Die Entschädigung beträgt bei Arbeitsunfähigkeit $^3/_5$ des Tagelohns, jedoch nicht mehr als zwei und nicht weniger als eine Krone täglich; sie wird aber erst nach 13 Wochen gewährt, da während des ersten Vierteljahres die Krankenkassen mit ihrer Unterstützung eintreten sollen. Tritt volle Invalidität ein, so hat der Verunglückte Anspruch auf das sechsfache des jährlichen Arbeitsverdienstes, jedoch nicht weniger als 1800 und nicht mehr als 4800 Kronen. Hat ein Unglücksfall den Tod des Verletzten zur Folge, so erhalten die Hinterbliebenen 50 Kronen zu den Begräbniskosten und eine Entschädigung des Vierfachen des jährlichen Verdienstes, jedoch nicht weniger als 1200 und nicht mehr als 3200 Kronen.

Durch ein Nachtragsgesetz vom 3. April 1900 ist die Unfallversicherung auch auf die Fischer ausgedehnt und zwar auf alle Seeunfälle, die sich nicht nur während der Fischerei, sondern überhaupt während der Fahrt in Fischerschiffen und bei Versuchen, Menschen

bei Schiffsunglücken zu retten, ereignen. Danach hat jeder Fischer sich mittelst eines Jahresbeitrages von 5 Kronen bei einer staatlich anerkannten und garantierten Versicherungsgesellschaft zu versichern; arbeitet er gegen Lohn, so hat der Arbeitgeber den Beitrag zu zahlen. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt nach denselben Grundsätzen wie bei den übrigen Arbeitern, jedoch unter Zugrundelegung eines festen Jahreseinkommens von 600 Kronen und eines Tagelohns von 2,5 Kronen. Bei tödlichen Unfällen wird an die Hinterbliebenen eine Entschädigung von 2500 Kronen, aber keine für Beerdigungskosten ausbezahlt.

7. Das **Krankenkassenwesen** hat sich in Dänemark allmählich im Laufe der letzten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in durchaus freier Art ohne staatliche Einwirkung entwickelt; erst durch das Gesetz vom 1. April 1892 hat der Staat die Krankenkassen dadurch indirekt gefördert, indem er ihnen Zuschüsse gewährt, falls sie gewisse Bedingungen erfüllen und sie infolgedessen den Charakter einer „anerkannten“ erhalten haben. Danach soll eine solche Kasse mindestens 50 Mitglieder haben, nur in Ortschaften unter 800 Einwohnern ist eine Mitgliederzahl von 30 ausreichend; sie soll ferner entweder durch den Beruf der Mitglieder oder örtlich — in der Regel nach den Grenzen der Gemeinde — genau abgegrenzt sein und der Beitritt nur unbemittelten Arbeitern, Häuslern, Handwerkern, Gewerbetreibenden, gering besoldeten Unterbeamten usw. und zwar Männern sowohl, wie Frauen zustehen. Die Grenzen des Unbemitteltseins sind jedoch ziemlich weit gezogen; nach einem Schreiben des mit der Ueberwachung des Krankenkassenswesens beauftragten Krankenkasseninspektors vom 5. Februar 1900 werden in Kopenhagen Personen bis 1800 Kronen Jahreseinkommen, in den übrigen Städten solche mit 1200—1400, auf dem Lande 800—1000 Kronen Einkommen und 100 Kronen Zuschlag für jedes bei den Eltern befindliche unter 15 Jahren alte Kind als unbemittelt angesehen. Personen, die an einer chronischen oder unheilbaren Krankheit leiden und dadurch in ihrer Arbeitsfähigkeit beschränkt werden, können gleichwohl aufgenommen werden, haben jedoch bei Arbeitsunfähigkeit infolge dieser Krankheit keinen Anspruch auf Unterstützung. Die „anerkannten“ Krankenkassen geniessen den Vorteil, dass sie in allen staatlichen und kommunalen Krankenanstalten nur die Hälfte des Verpflegungssatzes für ihre Kassenmitglieder und deren Angehörige zu entrichten brauchen. Die Leistungen der Krankenkassen ihren Mitgliedern gegenüber müssen bestehen in freier ärztlicher

Behandlung bzw. freier Behandlung in einer Krankenanstalt, beides auch für unter 15 Jahr alte Kinder der Mitglieder, Krankengeld bis zur Höhe von $^2/_3$ des Tagelohns, aber nicht weniger als 40 Oere, und zwar während des Zeitraums von mindestens 13 Wochen.

Ueber die Entwicklung des Krankenkassenwesens wurden uns folgende Mitteilungen gemacht: Während Ende 1893 nur 457 Krankenkassen mit 110 369 Mitgliedern bestanden, ist ihre Zahl bis zum 1. Juli 1905 auf 1366 mit 444 445 Mitgliedern gewachsen, so dass also fast jeder fünfte Einwohner Mitglied einer Krankenkasse ist. Die Zuschüsse des Staats haben im Jahre 1903: 1 425 611 Kronen betragen, im Jahre 1904: 1 182 466 Kronen. Die Gesamteinnahme stellte sich im Jahre 1903 auf 4 208 885 Kronen, die Gesamtausgabe auf 4 044 346 Kronen, davon entfielen 35,2 pCt. auf ärztliches Honorar, 8,1 pCt. auf Verpflegungskosten in Krankenhäusern, 12,2 pCt. auf Arzneimittel, 35,6 pCt. auf Krankengeld, 7,2 pCt. auf Verwaltungskosten und 1,7 pCt. auf Bandagen, Verbandmittel usw. Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen sind in Dänemark bisher noch nicht beobachtet; es mag dies wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen sein, dass das ärztliche Honorar ganz allmählich entsprechend gestiegen ist (von 2,83 Kronen im Jahre 1893 auf 3,76 im Jahre 1903) und den Leistungen mehr entspricht als in Deutschland. Die Höhe des ärztlichen Honorars richtet sich nach den örtlichen Verhältnissen; es beträgt in Kopenhagen und auf Seeland 3 Kronen für das Mitglied und 6 Kronen für die Familie; ausserdem werden geburtshilfliche Leistungen, grössere Operationen usw. nach einer vereinbarten Taxe bezahlt. Freie Arztwahl besteht in Kopenhagen nicht, wohl aber in vielen anderen Städten und in Jütland; es ist dann meist eine Gebührentaxe zwischen den Aerzten oder ärztlichen Vereinen mit dem Krankenkassenvorstande oder Krankenkassenverbande vereinbart, die entsprechend niedriger ist, als das sonst für ärztliche Bemühungen ortsübliche Honorar; ausserdem sind in derartigen Vereinbarungen auch die Grenzen des „Unbemitteltsein", d. h. die Berechtigung zur Aufnahme festgelegt.

IX. Schulhygiene.

1. Schulsysteme und Schulpflicht. Die Unterhaltung der Volksschulen ist Sache der Gemeinden; der Staat gewährt nur einen Zuschuss, dessen Höhe allerdings ziemlich erheblich ist und etwa 20 pCt. der Gesamtausgaben, 2,5 Millionen Kronen von



12 Millionen beträgt. Neben den öffentlichen Schulen bestehen noch eine Anzahl Privatschulen (namentlich von besonderen Religionsgemeinschaften oder Sekten). Auch die in Städten vielfach vorhandenen Mittel- oder Bürgerschulen sind in der Regel kommunal, dagegen ist von den höheren Schulen (Latein- und Realschulen) nur der kleinere Teil staatlich oder kommunal, während die meisten Privatschulen sind, die allerdings vielfach entweder von den Gemeinden oder vom Staat Zuschuss erhalten. Dieses Vorwiegen der Privatschulen unter den höheren Schulen ist eine besondere Eigentümlichkeit Dänemarks; dagegen stimmen die Bestimmungen über das schulpflichtige Alter mit denen in den beiden anderen skandinavischen Ländern überein, wonach die Schulpflicht erst mit dem 7. Jahre beginnt und mit dem vollendeten 14. Jahre endet.

2. **Schulbehörden. Mitwirkung der Medizinalbeamten bei der Schulaufsicht.** Das ganze Unterrichtswesen ist dem Kultusminister unterstellt. Die mittlere Instanz bildet die sogenannte Stiftsamtsschuldirektion, deren Amtsbezirk sich nicht genau mit den politischen Grenzen des „Amtes" deckt und die aus dem Amtmann, dem Stiftspropste und einem dritten gewählten Mitgliede besteht. Für jeden Gerichtsbezirk ist ein aus dem Polizeimeister, dem Probste und einem von den Schulkommissionen gewählten Mitgliede bestehende Schuldirektion vorgesehen, der die örtlichen Schulkommissionen, bestehend aus dem Ortsgeistlichen als Vorsitzenden und zwei von dem Stadtrat oder Gemeinderat gewählten Mitgliedern, unterstellt sind. In Kopenhagen steht das Schulwesen unter einer Schuldirektion, die aus dem Oberpräsidenten als Vorsitzenden, einem Bürgermeister, einem der Pröbste der Stadt und einem von der Stadt angestellten Schuldirektor gebildet wird. Eine besondere hygienische Beaufsichtigung der Schulen findet in Dänemark nicht statt, abgesehen von den wenigen Orten, in denen Schulärzte angestellt sind (s. später). Insbesondere wird die Tätigkeit der beamteten Aerzte auf schulhygienischem Gebiete verhältnismässig wenig in Anspruch genommen; sie beschränkt sich auf die Begutachtung der Schulbaupläne durch den Physikus und auf die Mitwirkung bei Schliessung der Schulen wegen Auftretens ansteckender Krankheiten, die auf Antrag des Physikus durch die Schuldirektion erfolgt. Durch die §§ 9—11 des Tuberkulosegesetzes (s. vorher S. 282) hat jedoch jetzt die Tätigkeit der Gesundheitsbehörden und damit auch der Gesundheitsbeamten eine erhebliche Erweiterung auf schul-



hygienischem Gebiete erfahren. Voraussichtlich dürfte es nun auch bald zu regelmässig wiederkehrenden Besichtigungen der Schulen durch die beamteten Aerzte kommen, die bisher nicht angeordnet sind.

3. **Bauliche und sonstige Einrichtungen der Schulen.** Das jetzt geltende Schulgesetz vom 24. März 1899 gibt im Gegensatz zu den früheren Schulgesetzen vom 24. Juli 1814 und 8. März 1856, die wenigstens einige Vorschriften über die baulichen Einrichtungen von Schulgebäuden enthielten, gar keine derartigen Bestimmungen, sondern schreibt nur vor, dass, wenn in einer öffentlichen Schule die Durchschnittszahl der Kinder in einer Schulklasse während zweier aufeinander folgenden Jahre mehr als 35 in den Städten und 37 auf dem Lande beträgt, diese Durchschnittszahl durch Errichtung einer Vorschule oder einer neuen Klasse oder einer vollständig neuen Schule oder durch Ueberweisung der Kinder in eine andere Schule wieder auf jene Ziffer herabgebracht werden muss. Damit ist also die in einer Schulklasse zulässige Höchstziffer der Schulkinder auf 35 für die Stadt- und 37 für die Land-Volksschulen gesetzlich festgelegt; in den höheren Schulen ist sie meist noch wesentlich geringer. Im Vergleich zu den für Preussen geltenden Vorschriften bedeutet dies einen ganz ausserordentlichen Fortschritt; denn hier ist die Höchstziffer fast doppelt so hoch. Auf Grund des vorgenannten Gesetzes ist nun seitens des Kultusministers unter dem 14. Februar 1900 ein Runderlass an die Schuldirektionen ergangen, in dem auch Bestimmungen über den Bau und die Einrichtungen von neuen Schulen getroffen sind, deren Durchführung dadurch sichergestellt ist, dass von ihrer Beachtung die Gewährung einer Staatsunterstützung abhängig gemacht wird.

Danach soll der Bauplatz tunlichst frei liegen, so dass die Zufuhr von Luft und Licht nicht behindert ist; das Gebäude soll durch Drainage und eine Isolierschicht gegen aufsteigende Feuchtigkeit gesichert und ausserdem ringsherum mit einem 60 cm breiten Traufpflaster umgeben sein, das genügendes Gefälle von dem Gebäude her haben muss. Der Rauminhalt der Schulzimmer darf nicht weniger als 156 cbm, in den geringer besuchten Vorschulen nicht weniger als 125 cbm betragen, also für jedes Kind 4,2—4,5 bezw. 3,4—3,6 cbm. Die Höhe ist mindestens auf 3,20 m zu bemessen, so dass auf jedes Kind etwa 1,5 qm Bodenfläche entfallen bei der als Norm angegebenen Grösse von 4,3 m Länge und 3,5 m Breite. Weiter bestimmt der Erlass, dass der Fussboden mindestens 25 cm über Terrain liegen, von dem Untergrund, falls das Gebäude nicht unterkellert ist, durch eine Betonschicht getrennt, mit Dielen belegt und gut gefirnisst sein soll. Die Fenster sind an der einen Längswand — jedoch nicht nach Norden — so anzubringen, dass die Kinder das Licht von links erhalten; sie müssen bis



mindestens 15 cm unter die Decke geführt werden und eine Grösse erhalten, dass ihre Glasfläche wenigstens $^1/_5$ der Fussbodenfläche beträgt. Ihr oberer Teil muss um eine horizontale Achse beweglich sein und von unten geöffnet werden können (Kippflügel), der untere zum Oeffnen eingerichtet sein; als Vorhänge dürfen nur waschbare Stoffe von hellgrauer Farbe benutzt werden. Zur Lüftung, die hauptsächlich durch Oeffnen der Fenster in den Zwischenpausen und durch die Kippflügel während des Unterrichts bewirkt werden soll, sind ausserdem ein Zuführungskanal von 30:30 cm Weite und ein in der Nähe des Ofens anzubringender, über das Dach zu führender Absaugekanal von etwas geringerer Weite vorgeschrieben, die beide mit stellbaren Klappen zu versehen sind. Für grössere Schulen wird die Anlage einer Zentralheizung empfohlen, im übrigen die Verwendung von sogenannten Ventilationsöfen. Die Schulräume sollen stets einen besonderen, von der meist im Schulgebäude mit untergebrachten Lehrer- bezw. Schuldienerwohnung völlig getrennten Eingang und Schulflur haben, der mindestens 2 Meter breit und so lang sein soll, dass auf jedes Kind 0,3 qm Bodenfläche kommen. Er muss ausserdem mit Kleiderhaken und Riegeln für die Ueberkleider und Kopfbedeckungen der Kinder sowie mit einem in offene kleine Fächer geteilten Gestell versehen sein, das zur Unterbringung der Wechselschuhe dient; werden solche von den Gemeinden beschafft, was mit Rücksicht auf die Reinhaltung der Schulen und mit Rücksicht auf den Schutz der Kinder gegen nasse Füsse dringend empfohlen wird, so kann der Lehrer verlangen, dass diese Ueberschuhe von den Kindern benutzt werden. Die Aborte sind für die Geschlechter getrennt in einem besonderen Gebäude unterzubringen und nach dem Tonnensystem einzurichten.

Sehr grosser Wert wird in dem Erlass auf die Reinhaltung der Schulzimmer gelegt, für die der Lehrer die Verantwortung trägt. Der Fussboden soll wenigstens zweimal monatlich gewaschen und ebenso wie die Schulbänke und sonstige Gegenstände täglich mit einem feuchten Scheuerlappen tüchtig abgewischt werden; diese Reinhaltung wird auch noch besonders im § 9 des jetzt erlassenen Tuberkulosegesetzes betont.

Endlich ist noch vorgeschrieben, dass alle Entwürfe und Projekte zu Schulbauten mit Lageplan, aus dem auch die nächste Umgebung ersichtlich sein muss, der Schuldirektion zur Genehmigung einzureichen sind, die diese erst nach ihrer Prüfung durch den Physikus zu erteilen hat. Hält der Physikus zuvor eine Besichtigung des Bauplatzes usw. für erforderlich, so hat er hierzu die Genehmigung des Ministers einzuholen, die ausnahmslos erteilt wird.

Wir haben eine Anzahl von Schulen sowohl in Kopenhagen, als in einer Provinzialstadt (Nästwed) und auf dem platten Lande besichtigt; darunter auch mehrere ältere, die noch vor dem ebenerwähnten Erlass erbaut waren. Ihre Baulichkeiten und Einrichtungen wurden durchweg gut befunden. Fast überall entsprach der auf ein

Kind entfallende Luftraum dem vorgeschriebenen Mindestmass ($4^1/_3$ cbm), desgleichen überstieg die Zahl der in einer Klasse unterrichteten Kinder nirgends die vorgeschriebene Mindestziffer von 35 bzw. 37. Es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn es in Dänemark einen Lehrermangel nicht gibt; denn wenn auch jeder Lehrer wegen des auf dem platten Lande überall üblichen Halbtagsunterrichts verpflichtet ist, 32 Unterrichtsstunden zu geben, so ist doch der Unterricht für ihn infolge der viel geringeren Kinderzahl nicht sehr anstrengend.

Betreffs der Schulbänke ist namentlich hervorzuheben, dass selbst in den Dorfschulen fast überall zweisitzige Bänke angetroffen und jedenfalls bei Neuanschaffungen nur noch solche gewählt werden. Man findet auch hier verschiedene Systeme; vorherrschend sind solche mit verschiebbaren Tischplatten. In einer Dorfschule wurden neben zweisitzigen Bänken noch viersitzige vorgefunden, desgleichen Lichteinfall von zwei Seiten; die Schule gehörte zu den älteren, trotzdem entsprach sie in bezug auf Luftraum den neueren Anforderungen. Aufbewahrung von Kleidungsstücken innerhalb des Klassenzimmers haben wir nirgends gefunden; auch in den Landschulen sind auf den Schulfluren Riegel mit nummerierten Garderobehaken angebracht, in den Städten vielfach besondere Garderoberäume, in einer Schule in Kopenhagen sogar Garderoberäume für jede Klasse, eine Einrichtung, über die sich der betreffende Schulleiter sehr anerkennend aussprach und die er bei keiner Schule missen möchte.

Schulbäder gibt es nur in einzelnen neueren Schulgebäuden in Kopenhagen und in den grösseren Provinzialstädten; sie sind als Brausebäder eingerichtet, und zwar meist im Kellergeschoss. Wo sie vorhanden sind, ist ihre Benutzung für alle Kinder obligatorisch und Dispensation nur auf ärztliches Zeugnis gestattet.

4. **Unterricht.** In Dänemark ist fast allgemein, zum Teil auch in den Städten, Halbtagsunterricht üblich, d. h. die älteren Kinder kommen meist des Vormittags (von 8—12 Uhr), die jüngeren des Nachmittags (von 1—5 Uhr) zur Schule. Die Unterrichtszeit beträgt in den ländlichen Volksschulen nur 18 Stunden in der Woche, in den städtischen 21 Stunden. Knaben und Mädchen werden in den Landschulen in der Regel zusammen unterrichtet, während in den städtischen Volksschulen besondere Knaben- und Mädchenklassen vorgesehen sind; in den höheren Schulen (Real- und Lateinschulen) werden dagegen mehrfach, und zwar mit gutem Erfolg, Knaben und Mädchen auch in den oberen Klassen zusammen unterrichtet, sodass



sich zurzeit eine grosse Strömung zu Gunsten der für beide Geschlechter gemeinsamen höheren Schulen bemerkbar macht. In den höheren Schulen ist übrigens überall ungeteilte Unterrichtszeit von 8 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags mit je einer Pause von zehn Minuten nach jeder Stunde und einer längeren Pause von 20 Minuten nach der dritten Stunde eingeführt.

Ausserordentlich grosser Wert wird in Dänemark auf den Knabenhandarbeitsunterricht (Slöid) gelegt, der nicht nur in vielen Volksschulen, sowohl in den Städten, wie auf dem Lande, sondern auch in den höheren Schulen entweder als obligatorischer Unterrichtsgegenstand während der Schulzeit oder als freiwilliger Unterricht ausserhalb der Schulzeit eingeführt ist. Geeignete Arbeitsräume befinden sich im Unter- oder im Dachgeschoss; vorzugsweise werden Tischler- und Holzschnitzarbeiten angefertigt, hin und wieder auch Schlosserarbeiten, und zwar entweder unter Aufsicht eines dazu besonders ausgebildeten Lehrers oder eines am Orte ansässigen geeigneten Handwerksmeisters. Holz, Handwerkszeug usw. werden von den betreffenden Schulgemeinden den Schülern unentgeltlich zur Verfügung gestellt, die die von ihnen angefertigten Gegenstände behalten. Der Unterricht ist nach den uns darüber gemachten Angaben bei den Schülern und deren Eltern ungemein beliebt; bei unseren Besichtigungen konnten wir auch wiederholt beobachten, dass mit Lust und Freudigkeit gearbeitet wurde; desgleichen wurde uns versichert, dass viele Schüler auch in den Ferien fleissig zum Unterricht kommen, und dass der Unterricht in den Schulen, wo er nicht obligatorisch ist und innerhalb der schulfreien Zeit stattfindet, gleichwohl von fast allen Schülern besucht wird.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in bezug auf den in vielen Schulen für die älteren Mädchen eingeführten Kochunterricht, dessen Einführung allerdings weit jüngeren Datums als der Handarbeitsunterricht ist.

Turnunterricht (Gymnastik) ist in allen Schulen Dänemarks obligatorisch; für die Knaben 3 Stunden, in den höheren Schulen 4 Stunden, für die Mädchen 2 Stunden wöchentlich. Ebenso wie in Schweden wird nur wenig an Geräten geturnt; hauptsächlich werden Freiübungen vorgenommen und diese häufig durch geordnete Spiele in freier Luft, besonders Ballspiele, unterbrochen. Wo Gelegenheit vorhanden ist, wird der Turnunterricht im Sommer zum Teil durch Schwimmunterricht ersetzt. In den Turnsälen sind meist besondere Garderoberäume für Unterbringung der Turnkleider, Schuhe usw. vorgesehen.



Für stotternde Kinder ist seit 1898 in der Taubstummenanstalt zu Kopenhagen ein Unterrichtskursus eingeführt; dagegen fehlen bisher noch besondere Unterrichtsklassen für schwachbegabte Kinder, soweit diese nicht zu den Idioten zu rechnen sind; nur in den kommunalen Schulen von Kopenhagen finden sich vereinzelt besondere Klassen für solche Kinder.

5. **Schulärzte.** Es ist eigentlich zu verwundern, dass in Dänemark, trotzdem sich hier verhältnismässig früh schulhygienische Bestrebungen bemerkbar machten und bei diesen namentlich die Aerzte das treibende Element bildeten, Schulärzte bis jetzt fast nur in Kopenhagen und einigen Provinzialstädten angestellt sind. Eine im Jahre 1882 auf Anlass der von dem bekannten Schulhygieniker Axel Hertel angestellten Untersuchungen der Gesundheitsverhältnisse in den höheren Knaben- und Mädchenschulen zu Kopenhagen von der Staatsregierung einberufene und mit weitgehenden Vollmachten ausgestattete hygienische Schulkommission ordnete genauere Untersuchungen sowohl über den Gesundheitszustand sämtlicher Schüler, wie über die hygienischen Verhältnisse aller Schulen an. Das Ergebnis war kein günstiges, denn die Verhältnisziffer der krank befundenen Schüler und Schülerinnen betrug durchnittlich in den Lateinschulen 32 pCt., in den Realschulen 28 pCt., in den Mittelschulen 26 pCt, in den höheren Mädchenschulen 39 pCt., in den städtischen Volksschulen 28—35 pCt (40—47 pCt.), in den Dorfschulen 27 bis 29 pCt. (39—45 pCt.). Es zeigte sich ausserdem, dass zwischen höheren Schulen und Volksschulen, Stadt- und Landschulen kein wesentlicher Unterschied bestand, und dass die Prozentziffer der krank befundenen Kinder mit den Schuljahren nicht unerheblich, namentlich bei den Mädchen, anstieg, in den Volksschulen z. B. in den Städten von 24 auf 30, bzw. 24 auf 57 pCt., auf dem Lande von 17 auf 30, bzw. 21 auf 52 pCt. Die ernannte Schulkommission arbeitete infolge dieses ungünstigen Ergebnisses einen Entwurf zu einem hygienischen Schulgesetze aus, in dem nicht nur die bauliche und sonstige Einrichtung der Schulgebäude, sondern auch die Lehrmittel, Unterrichtszeit, Verhütung ansteckender und sogenannter Schulkrankheiten, schulärztliche Aufsicht usw. entsprechend berücksichtigt waren; aber ein dem Reichstag vorgelegter derartiger Entwurf wurde später aus politischen Gründen zurückgezogen, ohne zur Beratung zu gelangen. Immerhin hat er doch einen unverkennbaren Einfluss auf bessere schulhygienische Einrichtungen gehabt, auch die Grundlage zu

dem jetzt geltenden Schulgesetz und der vorher besprochenen Ministerialanweisung über den Bau von Schulgebäuden (s. S. 301) gebildet und den Anlass gegeben, dass wenigstens in der Hauptstadt und einzelnen Provinzialstädten der Anfang mit der Anstellung besonderer Schulärzte gemacht ist. In Kopenhagen, wo Schulärzte im Jahre 1897 zunächst versuchsweise für zwei Schulen angestellt wurden, sind solche jetzt für sämtliche Kommunalschulen in der Weise bestellt, dass jedem Schularzt je 2 Schulen mit zusammen etwa 2500 Kindern zur Beaufsichtigung zugeteilt sind. Ihre Tätigkeit ist durch die Instruktion vom 2. Mai 1900 geregelt. Danach sollen sie in allen gesundheitlichen Fragen die Ratgeber der Schule, insbesondere des Schulinspektors, sein und die Aufsicht darüber führen, dass die in gesundheitlicher Hinsicht gegebenen Vorschriften auch beachtet werden; sie haben deshalb Zutritt zu allen Schulräumen auch während der Unterrichtszeit. Mehrmals im Jahre sollen sie in Gemeinschaft mit dem Inspektor und einem städtischen Bausachverständigen die hygienischen Verhältnisse der Schul- und Nebenräume untersuchen und auf etwaige Mängel aufmerksam machen. Im besonderen liegt ihnen aber die Untersuchung der Schulkinder auf ihren Gesundheitszustand ob, zunächst bei der Aufnahme, bei der jedes Kind ärztlich untersucht und das Ergebnis dieser Untersuchung auf einer Zählkarte[1]) vermerkt wird, die das Kind von Klasse zu Klasse, von Schule zu Schule, bis zum Abgange begleitet. Ausserdem haben die Schulärzte in jeder zweiten Woche die Schule zu besuchen, die ihnen vom Lehrer zugewiesenen oder bei ihrem Rundgange verdächtig befundenen Kinder zu untersuchen und ihnen, falls sie krank befunden werden, eine Bescheinigung an die Eltern über die Art des Leidens und die Notwendigkeit der ärztlichen oder poliklinischen Behandlung mitzugeben. Bei Unbemittelten ist für unentgeltliche Behandlung Sorge zu tragen. Nach Schluss des Jahres haben die Schulärzte einen Jahresbericht über ihre Tätigkeit an die Schuldirektion mit einer Uebersicht einzureichen. Mindestens einmal hat eine gemeinschaftliche Konferenz aller Schulärzte und Schuldirektoren stattzufinden. Die Anstellung der Schulärzte erfolgt auf Vorschlag des Stadtarztes von der Schul-

1) Die Zählkarte enthält Rubriken für Körperlänge, Körpergewicht, Ernährungszustand, Sinnesorgane, andere Krankheiten und allgemeine Bemerkungen; etwaige während der Schulzeit eintretende Krankheiten von Bedeutung usw. werden vermerkt, desgleichen alljährlich Körpergewicht und Körperlänge.



direktion mit gegenseitiger 3monatlicher Kündigung; ihr Gehalt beträgt jährlich 400 Kronen. Soweit uns mitgeteilt wurde, hat sich die Einführung der Schulärzte in Kopenhagen sehr gut bewährt, desgleichen sind nirgends Unzuträglichkeiten oder Misshelligkeiten bei dem Verkehr zwischen den Schulärzten und den Schulbehörden bzw. Lehrern zu Tage getreten. Die guten Erfahrungen in Kopenhagen haben auch wesentlich dazu beigetragen, an anderen Orten Schulärzte nach den gleichen Grundsätzen anzustellen, ihre Zahl ist aber, wie schon erwähnt, noch gering. An den Privatschulen ist nur ausnahmsweise ein Schularzt angestellt; ein gleiches gilt betreffs der staatlichen höheren Schulen.

6. **Unterricht in der Gesundheitslehre; Schutz gegen ansteckende Krankheiten; Schulschliessungen.** Ein besonderer Unterricht in der Gesundheitslehre findet in den dänischen Schulen nicht statt; die gesundheitlichen Fragen werden jedoch beim Unterricht in der Naturgeschichte berücksichtigt und scheinbar in etwas höherem Masse als bei uns, da auf den Lehrerseminaren der Unterricht in Gesundheitslehre obligatorisch ist und Hygiene auch ein besonderes Prüfungsfach bildet[1]). Auch für die Lehrer an den höheren Schulen ist jetzt durch Einrichtung einer Dozentenstelle für Schulhygiene an der Universität in Kopenhagen der Unterricht in diesem Fache eingeführt. Am Schluss der Vorlesungen sollen die Teilnehmer einer mündlichen Prüfung in der Gesundheitslehre unterzogen werden. Nicht unerheblich für die Verbreitung der hygienischen Kenntnisse unter den Lehrern hat eine vom dänischen Aerzteverein im Jahre 1900 herausgegebene kurze Schrift: „Grundzüge der Schulgesundheitspflege“ beigetragen.

Die Massregeln, die mit Rücksicht auf die Verhütung einer Verbreitung ansteckender Krankheiten in den Schulen, für etwaige Schulschliessungen usw. vorgeschrieben sind, sind bereits im Abschnitt VII besprochen.

Zur Erhaltung und Förderung des Gesundheitszustandes von unbemittelten Kindern gibt es auch in Dänemark mancherlei Wohltätigkeitseinrichtungen, die fast sämtlich von Privatvereinen aus-

1) Für die Volksschullehrer auf dem Lande werden im Sommer Ferienkurse in der Gesundheitspflege abgehalten; die Teilnahme daran ist freiwillig, jedoch erhalten die Teilnehmer vom Staate einen Zuschuss zu den Reise- und Aufenthaltskosten.



gehen. So wird z. B. in der Hauptstadt und in einzelnen Provinzialstädten an unbemittelte Kinder während der Wintermonate (Januar bis April) Mittagessen verabfolgt, das in den sogenannten Schulküchen (s. vorher S. 304) unter Aufsicht einer Lehrerin von den hier unterrichteten älteren Schulmädchen hergestellt wird. Desgleichen werden die armen und schwächlichen Kinder auf Kosten von Privatvereinen mit und ohne kommunale Zuschüsse nach den Küstensanatorien oder geeigneten an der Küste gelegenen Orten — von der Stadt Kopenhagen vorzugsweise nach der Insel Bornholm — zu ihrer Erholung und Kräftigung geschickt. Noch grösser ist die Zahl der unbemittelten Kinder, die während der Sommerferien aufs Land gehen und hier bei wohlhabenden Landleuten unentgeltlich Unterkommen und gute Verpflegung finden; für ihre Reise werden von den Eisenbahndirektionen und Dampfschiffsgesellschaften Fahrkarten unentgeltlich gewährt. In den letzten Jahren hat sich ausserdem die Einrichtung besonderer Ferienkolonien immer mehr eingebürgert.

7. **Kleinkinderbewahranstalten; Kinderhorte.** Für nicht schulpflichtige ärmere Kinder, deren Eltern tagsüber auf Arbeit gehen, sind fast in allen Orten von Privatvereinen eingerichtete und unterhaltene Kleinkinderbewahranstalten vorhanden, die meist von den betreffenden Gemeinden durch Zuschüsse unterstützt werden. Ebenso gibt es in Kopenhagen und in den meisten mittleren und grösseren Provinzialstädten sogenannte Kinderhorte, in denen die älteren Kinder aus solchen Familien ausserhalb der Schulzeit Gelegenheit finden, ihre Schularbeiten zu machen und sich zu beschäftigen. Häufig wird ihnen hier auch Mittagessen gegeben.

X. Haltekinderwesen.

Die Kindersterblichkeit ist in Dänemark wie in allen skandinavischen Ländern eine verhältnismässig niedrige (10 bis 12 pCt.), selbst wenn man in Anrechnung bringt, dass auch die Geburtsziffer (31,5 p. M.) und die allgemeine Sterblichkeitsziffer (20 p. M.) niedriger als z. B. in Deutschland ist. Dabei stellt sich die Zahl der unehelichen Geburten (etwa 10 pCt.) eher höher als bei uns, so dass sich die trotzdem vorhandene geringe Kindersterblichkeit nur daraus erklären lässt, dass einerseits namentlich auf dem Lande eine grosse Anzahl der unehelichen Kinder bald nach ihrer Geburt durch die Ehe ihrer Erzeuger legitimiert wird, und anderseits die Ernährungs-



verhältnisse auch für die unehelichen Kinder günstigere sind als bei uns[1]).

Das günstige Ergebnis dürfte nicht mit Unrecht darauf zurückzuführen sein, dass das Haltekinderwesen in Dänemark gesetzlich in zweckmässiger Weise geregelt, die Privatwohltätigkeit auf diesem Gebiete eine sehr ausgedehnte ist und sowohl durch staatliche, als kommunale Zuschüsse unterstützt wird. Massgebend für das Haltekinderwesen ist das Gesetz vom 20. April 1888, endgültig erneuert unter dem 1. März 1895. Im Gegensatz zu anderen Ländern, speziell auch zu Preussen, sind danach alle in Privatpflege gegen Entgelt gegebenen Kinder bis zum Alter von 14 Jahren unter Aufsicht gestellt. Wer ein fremdes Kind gegen Entgelt in Pflege nehmen will, gleichgültig, ob dieses ehelich oder unehelich ist, bedarf dazu der Genehmigung des Gemeinderats bezw. der Gesundheitskommission, falls einer solchen auf Grund einer örtlichen Gesundheitsordnung die Aufsicht obliegt. Diese Erlaubnis wird nur nach einer zuvorigen amtsärztlichen Aeusserung über die Wohnungs- und sonstigen Verhältnisse des Antragstellers erteilt; sie kann sofort entzogen werden, sobald sich später irgend welche Mängel in bezug auf die Pflege, Ernährung usw. der Pflegekinder oder Missstände in bezug auf die Wohnungs-, Gesundheits- und Familienverhältnisse der Pflegeeltern ergeben sollten. Die ständige Kontrolle wird vorzugsweise durch besondere, dazu bestellte oder im Ehrenamte tätige weibliche Personen ausgeübt, deren Tätigkeit wiederum von der Gesundheitskommission und den beamteten Aerzten überwacht wird; den letzteren haben sie wöchentlich Bericht zu erstatten. Um den unehelichen Kindern die väterliche Unterstützung (Alimentierung) zu sichern, ist weiterhin durch Gesetz vom 12. April 1892 bestimmt, dass die unehelichen Mütter diese Alimente von dem Vater durch Vermittelung der Armenverwaltung seines Wohnortes einziehen lassen oder von der Armenverwaltung selbst verlangen können, die sie dann ihrerseits von dem Zahlungspflichtigen wieder einzieht oder sie diesem als Armenunterstützung anrechnet, wenn er zahlungsunfähig ist.

---

1) In Kopenhagen ist die Geburtsziffer von 37,66 p. M. in den Jahren 1882/1886 auf 28,62 p. M. in den Jahren 1902/1906 herabgegangen, dagegen die Verhältnisziffer der unehelichen Geburten von 19,9 auf 24,1 pCt. gestiegen. Von 100 Geborenen starben im ersten Lebensjahre in den Jahren 1882/1886 21,1 (17,6 eheliche und 35,3 uneheliche), in den Jahren 1902/1906 dagegen nur 14,4 (12,8 eheliche und 20,8 uneheliche).



Ausser diesen gesetzlichen Bestimmungen kommen noch einige andere Vorschriften in Betracht, die das Haltekinderwesen günstig beeinflussen, so z. B. die Vorschrift in dem Gesetz, betreffend Bekämpfung venerischer Krankheiten (s. vorher S. 289), wonach ein syphilitisches oder der Syphilis verdächtiges Kind nicht in Pflege gegeben werden darf, ohne die Pflegeeltern darüber aufzuklären, ferner die Vorschrift des Tuberkulosegesetzes (s. vorher S. 282), wonach die Erlaubnis zur Aufnahme von Haltekindern davon abhängig gemacht werden muss, dass nach ärztlichem Zeugnisse in der betreffenden Häuslichkeit keine Tuberkulose ansteckungsgefährlicher Art vorhanden ist usw. Ferner wird den unehelichen Müttern ihre Entbindung durch unentgeltliche Aufnahme in die Maternité zu Kopenhagen erleichtert; auch gibt es in manchen Orten, z. B. in Kopenhagen und Odense, Vereine, die Prämien an gute Pflegemütter verteilen (Prämieselskabet for Plejemödre).

Ausserordentlich zahlreich sind auch die Kinderasyle und Waisenhäuser in Dänemark vertreten, die, soweit sie nicht kommunaler Natur sind, auf Stiftungen beruhen oder von Wohltätigkeitsvereinen errichtet sind und in der Regel vom Staate Zuschüsse erhalten.

Fürsorgeerziehung. Nach dem Gesetz vom 14. April 1905 können verbrecherische oder verwahrloste Kinder und jugendliche Personen unter 18 Jahren in Anstaltspflege oder in geeigneten Familien auf Gemeindekosten, zu denen der Staat wiederum einen erheblichen Zuschuss beisteuert, untergebracht werden. Derartige Erziehungshäuser (Opdragelseanstalten) bestehen jetzt in jedem Amte, ein staatliches ist ausserdem in Boeggildjaard (Jütland) vorhanden; viele von ihnen sind ebenfalls von Wohltätigkeitsvereinen oder durch Stiftungen gegründet, z. B. das Erziehungshaus Flakkebierg (für Knaben) in Kopenhagen und Ikovgaarden (für Mädchen) bei Holsterminde auf Seeland, Himmelbierggaarden in Jütland (für Knaben). Die Aufsicht über diese Kinder und jugendlichen Personen ist einem für jede Gemeinde zu bildenden besonderen Vormundschaftsrat (Vaergeraad) übertragen, der in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern aus fünf Mitgliedern (1 Mitglied des Gemeinderats, dem Pfarrer [beim Vorhandensein mehrerer hat der Probst einen davon zum Mitglied zu ernennen], 1 Lehrer oder Lehrerin, von den Volksschullehrern und Lehrerinnen zu wählen, und 2 von der Gemeindevertretung zu wählenden ortseingesessenen Männern oder Frauen) besteht, die aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden zu wählen haben. Der Justizminister kann anordnen, dass bei grösseren Gemeinden mehrere Bezirke

(Vaergeraadskredse) und Vormundschaftsräte gebildet werden: in den Städten über 10 000 Einwohnern bildet dies die Regel. Hier muss dem Vormundschaftsrat auch ein in dem betreffenden Bezirk wohnender, von der Gemeindevertretung — Magistrat — (meist auf Vorschlag des Stadtarztes) zu wählender Arzt sowie stets eine Frau als Mitglied angehören; seine Mitgliedszahl beträgt 7; der Vorsitzende wird vom Justizminister ernannt und muss Jurist sein. Kopenhagen ist z. B. in 13 derartige Bezirke eingeteilt. Alle Mitglieder der Vormundschaftsräte versehen ihr Amt ehrenamtlich und erhalten nur bei auswärtigen Reisen Tagegelder und Reisekosten. Die Oberaufsicht wird von einem Obervormundschaftsrat („Overvaergeraadet“) geführt, der aus dem vom Justizminister ernannten Oberinspektor der Fürsorgeanstalten als Vorsitzenden und je einem vom Justizminister und Kultusminister zu wählenden Mitgliede besteht; eins der Mitglieder muss Jurist sein. Die Erfahrungen, die man in Dänemark mit der Fürsorgeerziehung gemacht hat, werden als günstig bezeichnet; zwei Drittel der Zöglinge sollen wieder zu nützlichen Gliedern der Gesellschaft herangezogen werden. Dabei sollen die in Familien auf dem Lande untergebrachten Zöglinge sich im späteren Leben noch braver gehalten haben, als die in geschlossenen Anstalten erzogenen; ein Ergebnis, bei dem jedoch nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass die in höherem Masse verwahrlosten Kinder in der Regel der Anstaltspflege überwiesen werden.

XI. Fürsorge für Kranke, Sieche und Gebrechliche, sowie für Geisteskranke, Epileptische und Idioten. Bekämpfung des Alkoholismus.

1. Fürsorge für Kranke; Krankenpflege und Krankenanstalten. Die Armenpflege ist eine rein kommunale Angelegenheit und untersteht als solche dem Minister des Innern; mittlere Instanz ist jedoch ebenfalls der Amtmann und der Amtsrat. Für kranke Arme haben also in erster Linie die Gemeinden zu sorgen; der Staat leistet aber, soweit sich deren Unterbringung in Krankenhäuser etc. als notwendig erweist, erhebliche Zuschüsse, die, wie wir bereits gesehen haben, bei ansteckenden Kranken bis $^3/_4$ der Kosten betragen. Desgleichen bezahlt der Staat Zuschüsse zur Ausführung des Alterunterstützungsgesetzes vom 9. April 1891. Nach diesem Gesetze können alle Personen über 60 Jahre, die nicht wegen einer in der öffentlichen Meinung unehrenhaften Handlung oder wegen Bettelns bestraft sind und in den letzten 10 Jahren keine Armenunterstützung genossen haben, eine



Unterstützung zur notdürftigen Bestreitung ihres und ihrer unversorgten Angehörigen Lebensunterhaltes, sowie in Krankheitsfällen freie ärztliche Behandlung und Pflege beanspruchen. Zur ärztlichen Behandlung dieser Personen sind die Distriktsärzte verpflichtet und erhalten dafür keine Gebühren; in den meisten Städten sind jedoch besondere Armenärzte („Kommuneläger") bestellt, in Kopenhagen z. B. 26. Die Höhe der gewährten Unterstützungen beträgt in den grösseren Städten 150—200 Mark, in den kleineren Städten 120—150 Mark und auf dem Lande 90—120 Mark. Die Hälfte davon bezahlt der Staat; es werden für diese Zuschüsse alljährlich 2,5—3 Millionen Kronen in den Etat eingestellt. Einzelstehende alte hilfsbedürftige Leute sowie kinderlose ältere Ehepaare werden mit Vorliebe in den sehr zahlreich in Dänemark vorhandenen Armen- und Siechenhäusern oder Altersheimen (Fattighuus, „Alderdomshjem") untergebracht, die teils von den Gemeinden, teils durch Stiftungen oder Wohltätigskeitsvereine errichtet sind; in Kopenhagen stehen z. B. 4000 Plätze in verschiedenen derartigen Häusern zur Verfügung, in den Provinzen etwa 5000. Diese Armenhäuser dürfen jedoch nicht mit den in allen Aemtern vorhandenen und von diesen unterhaltenen Arbeitshäusern verwechselt werden; hier werden diejenigen Personen untergebracht, die ohne zu arbeiten bettelnd oder vagabondierend angetroffen werden und nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche zur Zwangsarbeit angehalten werden können.

Die Zahl der Vereine, deren gemeinnützige Bestrebungen sich auf dem Gebiete der Krankenpflege betätigen, ist in Dänemark eine ausserordentlich grosse. Seit etwa 35 Jahren hat man der Ausbildung eines guten Krankenpflegepersonals besonderes Interesse entgegengebracht und es namentlich verstanden, junge Mädchen aus besseren Kreisen für die Krankenpflege zu gewinnen. Ausser den religiösen Genossenschaften angehörenden Diakonissen und barmherzigen Schwestern, die jedoch in Dänemark nicht sehr stark vertreten sind, und den Schwestern vom Roten Kreuz gibt es eine grosse Zahl von Krankenpflegerinnen, die sich auf Anlass besonderer Krankenpflegegenossenschaften für ihren Beruf haben ausbilden lassen, so dass auch für den Krankenpflegedienst auf dem Lande immer weibliche Personen in verhältnismässig grosser Anzahl zur Verfügung stehen. Alle diese Genossenschaften gewähren unbemittelten und wenig bemittelten Familien in der Regel unentgeltliche Krankenpflege, viele von ihnen tun dies auch allen anderen Familien gegenüber. Ihre Bestrebungen werden übrigens vom Staat unter-



stützt, der zu diesem Zweck eine jährliche Summe von 16000 Kronen behufs Ausbildung und Unterstützung von solchen Krankenpflegerinnen in den Etat eingestellt hat und unter Umständen den auf dem Lande von jenen Genossenschaften angestellten Krankenpflegerinnen jährliche Zuschüsse bis 400 Mark gewährt. Ausser diesen Krankenpflegerinnen gibt es auch eine grosse Anzahl solcher, die für eigene Rechnung ihren Beruf ausüben; sie erhalten für eine Pflege am Tage oder in der Nacht 3 Kronen, für eine solche bei Tag und Nacht 5 Kronen nebst freier Beköstigung. Die Ausbildungszeit der Krankenpflegerinnen ist übrigens eine recht lange; nur eine dreijährige Hospitalausbildung berechtigt zur Mitgliedschaft des für sie bestehenden Fachvereins.

Sehr gut geregelt ist auch, wie dies gleich an dieser Stelle erwähnt sein möge, die Krankenpflege in den Krankenanstalten, die fast ausschliesslich, selbst in den Männerabteilungen der Irrenanstalten, weiblichen Personen übertragen ist. In den zahlreichen Anstalten, die von uns besichtigt sind, machten diese Krankenpflegerinnen ausnahmslos einen vorzüglichen und intelligenten Eindruck; sehr wohltuend fiel auch ihre ebenso einfache als saubere und leicht reinzuhaltende Kleidung auf im Gegensatz zu manchen Ordenstrachten bei uns, die nicht selten allen in dieser Hinsicht zu stellenden hygienischen Anforderungen zuwiderlaufen. Desgleichen ist das Krankenpflegepersonal überall so reichlich bemessen, dass jeder einzelnen Pflegerin auch ohne Vernachlässigung der Kranken die grade für ihren Beruf so unbedingt notwendige Ruhezeit gegeben werden kann; in einzelnen Kranken- und Irrenanstalten ist sogar die zweckmässige Einrichtung getroffen, dass den Krankenpflegerinnen in einem besonderen Gebäude Wohn-, Schlaf- und Aufenthaltsräume zur Benutzung während ihrer dienstfreien Zeit zur Verfügung stehen, damit sie diese möglichst ungestört geniessen können. Diese Einrichtung hat sich so gut bewährt, dass ihre Durchführung jetzt überall angestrebt wird. Es wurde uns auch von den leitenden Krankenhausärzten versichert, dass sie niemals über Mangel an ausreichendem Pflegepersonal und dem erforderlichen Ersatz zu klagen, sondern sogar eine reichliche Auswahl hätten. Frägt man nach den Ursachen dieser so günstigen Verhältnisse, so sind sie teils in der Neigung der dortigen weiblichen Bevölkerung zur Betätigung in der Nächsten- und Krankenpflege zu suchen, vor allem aber darin, dass die Krankenpflegerinnen nicht nur eine sehr geachtete soziale Stellung einnehmen, sondern auch finanziell recht gut gestellt sind und Anspruch auf eine ausreichende Pension haben. Ihr Gehalt be-



trägt in den Krankenanstalten bei völlig freier Station 350—500 Kronen, das der Oberpflegerin 800—1200 Kronen; nach 18jähriger Dienstzeit haben sie Anrecht auf Pension, die $^2/_5$, bei 25jähriger Dienstzeit $^3/_5$ und bei 30jähriger Dienstzeit $^2/_3$ ihres Gehaltes und der mit 360 Kronen berechneten freien Station beträgt.

2. **Krankenanstalten einschliesslich der Anstalten für Blinde, Taubstumme und Verkrüppelte. Unfallstationen.** Wie bereits früher hervorgehoben ist, gibt es in Dänemark ausserordentlich viele Krankenanstalten, so dass im ganzen Staate auf 340 Einwohner ein Bett entfällt, in Kopenhagen auf 230 Einwohner, auf den Inseln auf 400 und Jütland auf 450; nur 5 Städte sind ohne Krankenhäuser. Die Krankenanstalten sind entweder kommunale (von Städten oder auch vielfach von Aemtern errichtet) oder durch Stiftungen oder Wohltätigkeitsvereine ins Leben gerufene; Privatkrankenanstalten sind nur sehr wenige vorhanden und eigentlich nur in Kopenhagen als sogenannte Spezialkrankenanstalten für Augen-, Ohren- usw. Kranke; im ganzen soll ihre Zahl nicht mehr als 15 betragen, von denen keine Anstalt über mehr als 10—12 Betten verfügt.

Besondere Bauvorschriften für Krankenanstalten sind in Dänemark nicht gegeben; zu ihrer Errichtung bedarf es auch keiner besonderen Genehmigung, selbst bei den Privatanstalten ist eine solche nicht nötig; gleichwohl werden die Baupläne meist dem Gesundheitskollegium zur Prüfung vorgelegt. Sämtliche Krankenanstalten sind der Aufsicht des Physikus unterstellt, mit Ausnahme der Irrenanstalten, deren Beaufsichtigung unmittelbar von dem Gesundheitskollegium ausgeübt wird.

Jedes Krankenhaus ist auch verpflichtet, alljährlich Ende Februar dem Distrikts- (Stadt-) Arzte eine statistische Uebersicht über die während des Jahres verpflegten Kranken nach einem vom Gesundheitskollegium vorgeschriebenen Schema einzureichen, die dieser dann an den Physikus weiterzugeben hat.

Von den vorhandenen Krankenanstalten ist eine grössere Anzahl von uns besichtigt, sowohl in der Hauptstadt, als in einzelnen Provinzialorten. Sie entsprechen in ihren Einrichtungen im allgemeinen den hygienischen Anforderungen, die neueren selbstverständlich mehr, die älteren weniger. Bei den allgemeinen Krankenanstalten sind überall Abteilungen für ansteckende Kranke, falls nicht besondere Anstalten dafür bestehen, sowie einzelne Zimmer für die vorläufige Unterbringung von Geisteskranken vorgesehen. Das Korridorsystem herrscht vor, jedoch zeichnen sich die meist nur seitlich angelegten



Korridore durch eine verhältnismässig grosse Breite (2,5—3 m) aus. Im Pavillonsystem sind nur das Blegdams- und Oeresundhospital in Kopenhagen erbaut. Der Luftraum für den einzelnen Kranken ist meist reichlich bemessen (30 cbm in Zimmern mit mehreren Betten, 40—50 cbm in Einzelzimmern); Ueberfüllung wurde nur selten gefunden. Die Krankenräume machten mit ihrem überall hell gehaltenen Anstrich (bis 2 m in Oelfarbe, darüber Leim- oder Kalkfarbe; in den Operationsräumen, Zimmern für Infektionskranke nur Oel- oder Porzellanfarbenanstrich) einen freundlichen Eindruck; die in ihnen herrschende Luft war infolge der vorhandenen Lüftungsvorrichtungen (kippbare Oberlichter in den Fenstern, Ventilationsschächte und Frischluftzufuhr in Verbindung mit der Heizung) meist recht gut; zur Heizung dienten in den älteren Gebäuden Kachelöfen oder eiserne Mantel-Ventilationsöfen, in den neueren Gebäuden fast ausnahmslos Niederdruckdampfheizung. Als Fussboden hat in den Krankenanstalten, namentlich in den neueren, Linoleum mit Vorliebe Anwendung gefunden; in den Bade-, Abort-, Operations-, Küchen-usw.-Räumen herrscht dagegen Terrazzo vor. Selbst in mittleren Provinzialkrankenhäusern findet man zwei Operationsräume, je einen für septische und nicht septische Kranke; die Ausstattung dieser Räume ist eine zweckmässige und die aseptische Behandhandlungsmethode nach jeder Richtung hin berücksichtigende. Ein Dampfdesinfektionsapparat ist fast in jedem allgemeinen Krankenhaus vorhanden. Spülklosetts sind nur in den neueren Anstalten eingerichtet; in den älteren herrscht das Tonnensystem vor.

Betreffs des Krankenpflegepersonals wird auf S. 313 verwiesen. Die Verpflegung ist in den Krankenanstalten überall recht gut und reichlich; die Verpflegungssätze schwanken je nach der Gegend zwischen 2—3 Kronen. Charakteristisch ist übrigens für die Krankenanstalten, dass die leitenden Aerzte auch bei den grösseren Anstalten nicht im Hauptamte angestellt sind und ihnen der wirtschaftliche Betrieb nicht unterstellt, sondern einem besonderen Beamten oder der Oberpflegerin übertragen ist.

Beschreibung einzelner Anstalten: Unter den von uns besichtigten Krankenanstalten[1]) verdienen hervorgehoben zu werden:

Das Kommunehospital in Kopenhagen, die grösste, für fast 1000 Betten eingerichtete Krankenanstalt in Dänemark. Die älteren Gebäude sind

1) Die Besichtigungen erfolgten stets unter der liebenswürdigen Führung des leitenden Arztes, in dem Kommune- und dem Blegdams-Hospital in Kopenhagen unter gleichzeitiger Führung des Hospitaldirektors.



nach dem Korridorsystem gebaut, die neueren zum Teil nach dem Pavillonsystem. Es besteht aus 6 verschiedenen Abteilungen: 3 für innere Kranke, 2 für chirurgische und 1 für Hautkrankheiten. Ausserdem sind noch Spezialabteilungen für Augen-, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten und für Geisteskranke vorgesehen. Für jede dieser Abteilungen ist ein Oberarzt angestellt, ausserdem ein Prosektor, der gleichzeitig Vorsteher des Laboratoriums ist, ein Vorsteher des Röntgenlaboratoriums und ein Apotheker als Leiter der Dispensieranstalt. Die Verwaltung wird von einem juristischen Hospitaldirektor geleitet. Infolge der in den letzten Jahren vorgenommenen wesentlichen Ergänzungs- und Umbauten, Verbesserungen und vielfachen Neueinrichtungen (Zentralheizung, Spülklosetts usw.) entspricht das bereits im Jahre 1863 errichtete Kommunehospital im allgemeinen den hygienischen Anforderungen; bei den Neuanlagen ist dies in vollem Umfange der Fall. Besonders gilt dies von dem im Jahre 1903 erbauten Leichen- und Sektionshause, in dem gleichzeitig die zweckmässig und reichhaltig ausgestatteten Laboratoriumsräume für bakteriologische, mikroskopische, chemische Untersuchungen, Stallungen für Versuchstiere usw. untergebracht sind.

Etwas neueren Datums ist das Blegdamshospital in Kopenhagen, das lediglich zur Aufnahme von Infektionskranken dient. Es ist im Jahre 1879 im Pavillonsystem gebaut, seitdem aber erheblich erweitert, so dass es jetzt aus 10, teils ein-, teils zweistöckigen Pavillons mit 303 Betten besteht, darunter einer, der lediglich als Beobachtungspavillon für Kranke dient, bei denen die Diagnose noch nicht feststeht. Für Verwaltung, Aerzte-, Pflege- und sonstiges Personal, für Küche, Waschküche, Bäder, Desinfektionsanstalt, Laboratorium, Sektions- und Leichenräume, Stallung mit Wagenremise usw. sind besondere Gebäude vorgesehen. Ausserdem sind noch 10 Döcker'sche Baracken mit 97 Betten aufgestellt und soviel Reservezelte vorhanden, dass die Bettenzahl im Notfall auf 600 erhöht werden kann. Die Gesamtkosten haben bis jetzt einschliesslich Inventar 2 Millionen Kronen betragen, also pro Bett 6000 Kronen, wenn die Döcker'schen Baracken und Reservezelte ausser Betracht bleiben; werden diese mitgezählt, so ermässigt sich dieser Betrag um die Hälfte. Abgesehen von dem Beobachtungspavillon für alle verdächtigen Infektionskrankheiten sind für jede einzelne Infektionskrankheit je nach ihrer Häufigkeit ein oder zwei besondere Pavillons bestimmt; ausserdem ist die Einrichtung der Pavillons so getroffen, dass innerhalb derselben weitere getrennte Abteilungen mit besonderen Eingängen möglich sind. Bei der Ausstattung der Krankenräume, Flure usw. ist grosser Wert auf leichte und sichere Reinigung und Desinfektion des Mobiliars, der Wände, Fussböden usw. gelegt; in einigen Räumen sind die Wände sogar vollständig mit weissen Fliessen ausgelegt, die Decke mit Glastafeln; die betreffenden Zimmer machten jedoch einen kalten, wenig behaglichen Eindruck. Die Heizung geschieht noch in den meisten Pavillons durch grosse, mit Ventilationseinrichtungen verbundene Kachelöfen; das System der Frischluftzufuhr und der Ableitung der verbrauchten Luft ist ein recht kompliziertes. Die mit dem Krankenhause verbundene Desinfektionsanstalt dient auch allgemeinen Zwecken; in den Laboratorien werden sämtliche bakteriologischen Untersuchungen zur Feststellung von Diphtherie, Typhus usw. und zwar unentgeltlich auf Verlangen der Aerzte ausgeführt. Das Krankenhaus verfügt auch über 5 recht gut eingerichtete, leicht zu desinfizierende Krankenwagen nebst den dazu erforderlichen Gespannen, wie

dies bereits früher (s. Abschnitt VII) hervorgehoben ist. Das Personal in diesem Hospital ist besonders reichlich bemessen, auf je 13 Kranke entfallen 2 Krankenpflegerinnen und 1 Dienstmädchen.

Das Oeresundhospital in Kopenhagen, sehr schön am Sund in der Nähe des Hafeneingangs gelegen, ist im Jahre 1871 nach dem Pavillonsystem errichtet und diente ursprünglich nur für die Aufnahme von seewärts ankommenden Kranken; später sind aber auch andere Kranke, speziell ansteckende, dort untergebracht. Auch nach Errichtung des Blegdamhospitals ist dies geschehen, und zwar finden ausser den sogenannten Quarantänekranken Pockenkranke und besonders Tuberkulöse Aufnahme. Das Hospital verfügt ausser den zum Betriebe erforderlichen Nebengebäuden über 11 feststehende Pavillons im Barackenstil mit 300 Betten, darunter 1 für verdächtige Kranke und je 2 völlig isoliert liegende für Pocken- und Quarantänekranke, sowie über 10 Döckersche Baracken mit 150 Betten, also zusammen über 450 Betten, von denen 200 für die Tuberkuloseabteilung bestimmt sind. Die Pavillons stammen aus verschiedenen Zeiten und geben infolgedessen ein recht gutes Bild über die Fortschritte im Krankenhausbau, die hier jederzeit nutzbar gemacht sind. Die älteren lassen infolgedessen manches zu wünschen übrig, dasselbe gilt in bezug auf die Wirtschaftsräume, deren Umbau übrigens bereits beschlossen ist; dagegen sind die neueren Pavillons sehr geräumig, gut ventiliert, mit Zentralheizung, Spülklosetts usw. versehen; auch fehlen bei ihnen weder Veranden noch Liegehallen.

Ueber die von uns besichtigten Tuberkulosesanatorien ist bereits im Abschnitt VII berichtet; desgleichen sind hier die verschiedenen Küstensanatorien usw. kurz erwähnt. Von den mittleren Krankenhäusern, die von uns in der Provinz besichtigt sind, möge dasjenige in Nästwed erwähnt werden, das zwar schon etwas älteren Ursprungs, aber durch mancherlei Um- und Neubauten den hygienischen Forderungen möglichst entsprechend eingerichtet ist. Es verfügt z. B. über besondere getrennte Abteilungen für Infektionskranke, über zwei verschiedene Operationsräume nebst den erforderlichen Wasch-, Desinfektions- und Sterilisationsapparaten für septische und nichtseptische Kranke.

Von den Spezialkrankenhäusern ist einzig in seiner Art „Finsens medizinisches Lichtinstitut“ in Kopenhagen zur Behandlung des Lupus mittels konzentrierten elektrischen Lichtes und Bekämpfung dieser Krankheit überhaupt.

Das Institut ist im Jahre 1896 mit Unterstützung von Seiten der Stadt und verschiedener wohlhabender Einwohner eingerichtet. Um den Kranken die unentgeltliche Behandlung zu ermöglichen, hat sich dann lediglich zu diesem Zwecke eine wohltätige Gesellschaft gebildet; schliesslich hat sich auch der Staat der Sache angenommen und dem Institut anfangs einmalige Geldunterstützungen (im Jahre 1897: 20000 Kronen), später zinsfreie Darlehen (im Jahre 1900: 240000 Kronen) und seit 1902 eine jährliche Unterstützung von 25000 Kronen gewährt. Nach dem Gesetz vom 20. Mai 1901 (Ergänzung des Gesetzes vom 9. April 1891



betreffend öffentliche Armenfürsorge) sind die Gemeinden berechtigt, Lupuskranke in dazu bestimmten und vom Staate anerkannten Heil- oder Pflegeanstalten unterzubringen, und verpflichtet, die Kosten zu tragen, ohne dass dadurch für den Kranken eine Beschränkung seiner bürgerlichen Rechte erwächst. Man hat in Dänemark die Zahl der vorhandenen Lupusfälle auf $^1/_2$ pM. = 1200 bis 1300 geschätzt mit einem jährlichen Zugang von $^1/_2$ $^0/_{000}$ = 120—130. Nach den uns gemachten Mitteilungen sind durchschnittlich jährlich 150 Kranke dort behandelt, darunter 15—20 pCt. Ausländer, sodass sich eine Gesamtzahl bis Ende 1904 von 1250 Kranken, 1000 einheimischen und 250 ausländischen ergibt. Die Prozentziffer der Geheilten oder wenigstens wesentlich Gebesserten wird auf 90 pCt. angegeben, also ein äusserst günstiges Ergebnis. Das Institut besteht seinen Zwecken entsprechend aus zwei gänzlich getrennten, jedoch unmittelbar nebeneinander liegenden Gebäuden, von denen das eine ausschliesslich ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungszwecken, das andere lediglich wissenschaftlichen Zwecken dient, um durch Untersuchungen, Versuche usw. über die Wirkung des Lichtes auf den Organismus dessen weitere Verwendung im Dienste der praktischen Medizin festzustellen und zu fördern.

Die Behandlung der Kranken geschieht, wie bereits erwähnt, unentgeltlich; sie wohnen nicht in der Anstalt selbst, sondern ausserhalb derselben und haben sich je nachdem täglich oder wöchentlich zur Behandlung mittels konzentrierten elektrischen Lichtes in dem grossen Institutsbehandlungssaale einzufinden, der so gross und derartig eingerichtet ist, dass gleichzeitig bis 50 Kranke behandelt werden hönnen. Die Dauer der Sitzung hängt von der Schwere und Ausdehnung des Leidens ab (ein bis mehrere Stunden); die Bestrahlung wird genau nach den Angaben des Arztes durch sehr gut geschulte und zuverlässige Krankenpflegerinnen bewirkt, welche die einzelnen Finsenlampen zu bedienen haben. Ihre Tätigkeit erfordert grosse Aufmerksamkeit und ist daher ziemlich anstrengend; infolgedessen werden die Pflegerinnen auch nach je 3—4 Stunden abgelöst.

Blindenanstalten sind zwei, eine staatliche Anstalt in Kopenhagen und die auf Stiftungen beruhende Anstalt in Kalundborg auf Seeland mit je 100 Plätzen vorhanden, in denen die Blinden hauptsächlich Handfertigkeitsunterricht erhalten; manche werden auch im Orgel-, Klavier- usw. Spiel ausgebildet. Ausserdem existieren verschiedene Blindenasyle, die von Wohltätigkeitsvereinen mit Zuschüssen des Staats unterhalten werden; desgleichen Vereine, die sich die Aufgabe gestellt haben, Blinde bei ihren Unternehmungen und beim Verkauf der von ihnen hergestellten Gegenstände zu unterstützen.

Taubstummenanstalten gibt es drei in Kopenhagen, Fridericia und Nyborg, sämtlich staatlich, mit zusammen 300 Plätzen. Der Unterricht für Taubstumme ist obligatorisch und wird seit 1867 hauptsächlich nach der Sprechmethode erteilt; besonderer Wert wird ausserdem auf die Ausbildung der Taubstummen im Handwerk, in



weiblichen Handarbeiten usw. gelegt. Für taubstumme Kinder aus wohlhabenden Familien sind zwei Privatschulen vorhanden.

Krüppelheime. Um körperlich verkrüppelte und verstümmelte Personen durch eine entsprechende Ausbildung fürs Leben tüchtig und wirtschaftlich selbständig zu machen, ist man in Dänemark verhältnismässig früh und vorbildlich für andere Staaten zur Gründung von Krüppelheimen übergegangen, in denen Kinder und auch Erwachsene, die durch angeborene oder erworbene Gebrechen der Gebrauchsfähigkeit einzelner körperlichen Glieder entbehren, zweckentsprechenden Unterricht erhalten. Die erste, und hervorragendste, vom Pastor Knudsen ins Leben gerufene Anstalt ist das Krüppelheim in Kopenhagen, das zurzeit unter der Leitung des Sekretärs des Staatsrates J. de Koefoed steht. Es ist lediglich ein Wohltätigkeitsunternehmen, das aber vom Staate durch erhebliche Zuschüsse unterstützt wird. Die Anstaltsräumlichkeiten sind hygienisch allerdings nicht einwandfrei, es ist auch bereits ein Neubau geplant; die dem Unternehmen zu Grunde liegende Idee „Ausbildung zur Arbeit" wird aber hier in so vorzüglicher Weise durchgeführt, dass sie alle Anerkennung und ausgedehnte Nachahmung verdient; auch für Unfallverletzte sollte sie in grossem Umfange nutzbar gemacht werden.

Die Anstalt ist teils zum vorübergehenden, teils zum dauernden Aufenthalt von verkrüppelten Kindern und Erwachsenen beiderlei Geschlechts bestimmt. Die männlichen Verkrüppelten werden unter Leitung von meist auch verkrüppelten Vorarbeitern oder Lehrmeistern in der Anfertigung der verschiedensten Handwerkerarbeiten unterrichtet; zu diesem Zwecke steht eine grosse Anzahl von Arbeitsräumen für Schmiede-, Schlosser-, Schnitz- und Tischler-, Schneider-, Weber-, Schuhmacher-, Buchbinder- und dergleichen Arbeiten zur Verfügung. In gleicher Weise ist für die Ausbildung der weiblichen Verkrüppelten gesorgt, die hauptsächlich in weiblichen Handarbeiten (Nähen, Sticken, Klöppeln, Stricken, Weben usw.), sowie in Haushaltsarbeiten erfolgt, und zwar unter Leitung von besonders ausgebildeten Schwestern, in deren Händen überhaupt der ganze Betrieb der Anstalt ruht. Je nach der Art der Verkrüppelung (Fehlen von ganzen Extremitäten oder von Teilen der Gliedmassen, Versteifungen von Arm-, Hand- oder Fingergelenken infolge von Unfall oder Verkrüppelungen durch Krankheit, Skoliose, Kyphose, angeborene oder erworbene Missbildungen, Gelenk-, Knochen- oder Weichteilerkrankungen u. dgl.) wird für die Verkrüppelten die geeignete Beschäftigung ausgesucht, bis sie befähigt sind, auch ausserhalb der Anstalt ihren Lebensunterhalt zu verdienen; desgleichen wird für ihr späteres Unter- und Fortkommen Sorge getragen. Manche von den Insassen bleiben dauernd in der Anstalt und erhalten dann für ihre Arbeitsleistungen entsprechende Bezahlung. Die Anstalt ist auch mit einer Poliklinik für körperliche Gebrechen verbunden. Ein grosses Feld ihrer Tätigkeit besteht weiterhin darin, dass die für die Verkrüppelten erforder-

lichen Bandagen, Korsetts, künstliche Glieder, Apparate usw. angefertigt werden. Die solcher Apparate usw. bedürfenden Personen können unter Umständen bis zu deren Fertigstellung in der Anstalt Aufnahme finden. Von allen angefertigten Apparaten, künstlichen Gliedmassen, Schuhen usw. bleiben Modelle zurück, die derartig bezeichnet sind, dass auf Bestellung sofort eine Neuanfertigung ohne neues Massnehmen erfolgen kann. Das Krüppelheim ist auch mit einer Schule für die in der Anstalt selbst untergebrachten schulpflichtigen Kinder verbunden.

Wie uns mitgeteilt wurde, ist in dem Krüppelheim bis jetzt schon bei mehr als 10000 Verkrüppelten nicht nur eine Besserung ihres Zustandes durch geeignete Behandlung und Beschaffung geeigneter Apparate usw., sondern vor allem auch eine wesentliche Erhöhung ihrer Erwerbsfähigkeit durch entsprechende Ausbildung erzielt; jedenfalls ein ganz ausserordentlicher Erfolg!

Unfallstationen sind in Kopenhagen seit dem Jahre 1889 mit Hilfe von Wohltätigkeitsvereinen und städtischem Zuschuss eingerichtet. Sie stehen mit den Feuermeldestellen in Verbindung; in den Depots der Feuerwehr sind auch die Ambulanzwagen für den Transport der Verletzten untergestellt. Für die ärztliche Tätigkeit auf diesen Stationen ist eine genügende Anzahl von Aerzten (20) vorgesehen, die sich hierzu bereit erklärt haben. In den anderen Orten gibt es derartige Unfallstationen nicht. Sehr zahlreich sind die an den Küsten vorhandenen Rettungsstationen für Schiffbrüchige, in Jütland allein etwa 60; die Kosten für diese werden seit 1850 vom Staate getragen; im Etat ist zu diesem Zwecke ein Betrag von 210000 Mark vorgesehen.

3. **Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.** Ebenso wie bei den allgemeinen Krankenanstalten bedarf es auch für die Errichtung von Irren- usw. Anstalten keiner besonderen staatlichen Genehmigung; jedoch werden die Baupläne stets den zuständigen Behörden zur Prüfung vorgelegt, damit später nicht etwa auf deren Anordnung kostspielige Aenderungen vorgenommen werden müssen. Privatanstalten für Geisteskranke gibt es, abgesehen vo[illegible]lnen kleinen Pensionaten für ruhige unheilbare Geisteskranke, die [illegible] T. mit den staatlichen Irrenanstalten in Verbindung stehen, nur eine in der Nähe von Soroe (Seeland) mit 2—300 Betten. Die übrigen Anstalten für Geisteskranke sind mit Ausnahme einer der Hauptstadt gehörenden Anstalt sämtlich staatlich; diejenigen für Epileptische und Idioten sind von Vereinen gegründet, bekommen aber erhebliche staatliche Zuschüsse, meist haben sie auch vom Staate Darlehen zum Bau erhalten.

Die **Aufnahme** in eine Irren- usw. Anstalt ist in Dänemark nicht durch die Beibringung von allerhand Zeugnissen, Genehmigungserklärungen von Behörden usw. abhängig gemacht; es genügt ein ärztliches Zeugnis, das jedoch vor höchstens 4 Wochen ausgestellt sein muss. Ebenso geschieht die **Entlassung** ohne grosse Formalitäten, wenn sie der Anstaltsdirektor für angezeigt hält oder von den Familienangehörigen gewünscht wird; eine Beteiligung der Polizeibehörden findet bei der Aufnahme und Entlassung nur bei Zwangsunterbringung gemeingefährlicher Geisteskranken statt. Ausserordentlich zweckmässig ist die durch Gesetz vom Jahre 1888 getroffene Bestimmung, dass unentgeltliche Aufnahme und Verpflegung unbemittelter Kranken erfolgt, wenn der Aufnahmeantrag innerhalb zweier Monate nach Ausbruch der Geisteskrankheit gestellt wird; im übrigen werden die Kosten bei derartigen Kranken zum grössten Teile vom Staate getragen, der kleinere Teil fällt den Gemeinden bzw. Amtsverteilungsfonds zur Last.

Sämtliche Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten sind dem Gesundheitskollegium direkt unterstellt; ihre **Beaufsichtigung und Revision** geschieht demzufolge durch Bevollmächtigte dieser Behörde, jedoch werden die zuständigen Physiker dabei meist zur Mitwirkung herangezogen. Misstrauen und überhaupt Angriffe des Publikums gegen die Irrenanstalten sind nach den uns gemachten Mitteilungen in Dänemark sehr selten; es mag dies wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen sein, dass einmal die Anstalten fast sämtlich staatlich sind, dass die Kranken in ihrer Bewegungsfreiheit möglichst wenig beschränkt sind und ihrer Entlassung keine grossen Hindernisse in den Weg gelegt werden.

Familienpflege von Geisteskranken. Die Zahl der in Dänemark gegen Entgelt in Familien untergebrachten Geisteskranken ist nicht sehr gross, da die Zahl der in den Anstalten zur Verfügung stehenden Plätze eine verhältnismässig grosse (s. nachstehend) und, wie schon erwähnt, die Aufnahme sehr erleichtert ist. Es handelt sich hier meist um ruhige unheilbare Geisteskranke. In den letzten Jahren hat man auch den Versuch gemacht, Anstaltsinsassen in benachbarten geeigneten Familien unter ständiger Kontrolle seitens der Anstalt unterzubringen und zwar angeblich mit gutem Erfolg. Von den Pfleglingen der Idiotenanstalt in Brejning befinden sich z. B. 70 in solcher Familienpflege.

An **öffentlichen** Irrenanstalten sind vorhanden eine grössere Anstalt der Stadt Kopenhagen (St. Hans Hospital bei Roskilde) und

vier staatliche Anstalten in Aarhuus, Vordingborg, Viborg (für Unheilbare) und Middelfart, mit zusammen etwa 2500 Betten; ausserdem gibt es noch eine Anzahl Irren-Abteilungen in den grösseren Amts- oder städtischen Krankenanstalten, sowie Einzelzimmer für Geisteskranke in fast allen Krankenanstalten, so dass die Gesamtzahl der Plätze etwa 3500 = 1,6 auf 1000 Einwohner beträgt. Verhältnismässig zahlreich ist das Pflegepersonal bei den erstgenannten hier in Betracht kommenden 5 Anstalten bemessen, denn auf 1 Pflegeperson kommen durchschnittlich nur 5—6 Kranke; dabei werden selbst in den Männerabteilungen Pflegerinnen bevorzugt. Die Zahl der Aerzte ist dagegen nicht so reichlich (1 : 100—150). Ebenso wie bei den allgemeinen Krankenanstalten, haben auch hier die leitenden Aerzte nicht die Stellung eines Direktors, sondern nur die eines Oberarztes, während die nicht rein ärztlichen Angelegenheiten einem ihnen koordinierten Verwaltungsbeamten unterstellt sind. Es sollen sich bei diesem Verfahren bisher zwar keine Unzuträglichkeiten herausgestellt haben, jedoch scheint man von ärztlicher Seite dem in Deutschland allgemein üblichen Verfahren, bei dem die Leitung der Anstalten ganz in der Hand eines ärztlichen Direktors ruht, vorzuziehen.[1])

Von den obengenannten Anstalten ist das St. Hans Hospital in Roskilde von uns besichtigt.

Die Anstalt ist allerdings schon ziemlich alt, aber gleichwohl recht gut und durch fortgesetzte Umbauten den neueren hygienischen und psychiatrischen Anforderungen entsprechend eingerichtet. Sie verfügt über 800 Plätze, wovon etwa $^1/_3$ auf chronische Geisteskranke entfallen. Die Krankenzimmer sind hell und sehr geräumig, ihre Einrichtung ebenso wie die der Tages- und Speiseräume selbst in der dritten Verpflegungsklasse eine recht gute. Zwangsmassregeln sind verpönt; unruhige Kranke kommen in die Wachabteilung oder in Einzelzimmer, deren Fenster jedoch nicht vergittert sind, sondern durch Rollschiebeläden bis $^2/_3$ geschlossen werden können. Für die Bewegung der Kranken stehen innerhalb der Gebäude sehr breite und luftige Korridore zur Verfügung, ausserhalb der Anstalten grosse Garten- und Parkanlagen, für die Unruhigen besondere Isoliergärten. Die Klosettanlagen sind im Jahre 1905 mit Spülvorrichtung versehen, auch die Waschgelegenheiten neu eingerichtet; desgleichen war eine Kesselanlage für Niederdruckdampfheizung, elektrische Kraft- und Lichtanlage im Bau begriffen. Das Pflegepersonal war ein reichliches (1 : 4—5 Kranke) und fast ausschliesslich weiblich, nur bei den unruhigen männlichen Kranken ist den Pflege-

1) Im Kopenhagener St. Hans-Hospital bei Roskilde ist dem bisherigen Oberarzt seit 1907 die Stellung eines Direktors eingeräumt, dem sowohl die Abteilungsärzte (jetzt Oberärzte), als der technisch-ökonomische Inspektor untergeordnet sind.



rinnen ein männlicher Wärter zur Unterstützung beigegeben. Für die Pflegerinnen ist ein besonderes Haus mit Wohn- und Tagesräumen, sowie mit einer Anzahl Schlafräumen eingerichtet, damit sie in der Ruhezeit ganz ungestört bleiben. Soweit als irgend möglich werden die arbeitsfähigen Kranken beschäftigt, die männlichen hauptsächlich in dem ausgedehnten landwirtschaftlichen Betriebe, die weiblichen mit Handarbeiten oder im Haushalte.

Besondere Anstalten für Epileptische sind bis jetzt nur wenige vorhanden, die von geistlichen Genossenschaften (Diakonen) gegründet sind, z. B. bei Nyborg. Die meisten Epileptischen werden, soweit sie anstaltsbedürftig sind, in den Idiotenanstalten untergebracht, von denen bei weitem die grösste und neueste die Kellersche Anstalt in Brejninge (Amt Vejle — Jütland) ist. Die Anstalt ist von Professor Dr. Keller mit Hilfe der Privatwohltätigkeit ins Leben gerufen; sie war erst in der Nähe von Kopenhagen; im Jahre 1900 ist sie dann nach Brejninge verlegt und der nach Pavillonsystem ausgeführte Neubau mit staatlicher Unterstützung ausgeführt. Die Baukosten haben etwa 1 700 000 Kronen betragen, also bei 700 Plätzen 2450 Kronen pro Bett[1]).

Die von uns besichtigte Anstalt, die jetzt unter der Leitung des Sohnes des Stifters steht, ist sehr schön in unmittelbarer Nähe des Vejlefjord und ausgedehnter Waldungen gelegen und ausserordentlich zweckmässig eingerichtet. Sie besteht aus neun in besonderen Gebäuden — meist zweigeschossig — untergebrachten Abteilungen, je eine für arbeitsfähige Männer und Frauen, bildungsfähige Mädchen und Knaben mit den erforderlichen Schulräumen, für Kranke sowie für nicht arbeitsfähige bzw. bildungsfähige Männer, Frauen und Kinder (Asyle); ausserdem ist noch ein besonderes Isoliergebäude für unruhige Blöde vorhanden. Auf die Beschäftigung der Pfleglinge mit geeigneter Arbeit wird mit Recht der grösste Wert gelegt; für Arbeitsgelegenheit ist in den Werkstätten und in dem ausgedehnten land- und forstwirtschaftlichen Betriebe in ausreichender Weise Sorge getragen. Das Pflegepersonal ist auch hier fast ausschliesslich weiblich und reichlich vorhanden (1 : 5), ebenso wird der Schulunterricht nur von Lehrerinnen erteilt, die ebenfalls so zahlreich sind (15 auf etwa 200 bildungsfähige Kinder), so dass zu jeder Unterrichtsklasse höchstens 20 Kinder gehören.

Eine ganz ähnliche und in bezug auf die Gewährung von Staatszuschüssen gleichgestellte Anstalt ist diejenige für Kopenhagen und die Inseln. Sie umfasst die Anstalten „Bakkehuus" (Unterrichtsanstalt für 200 noch entwickelungsfähige Kinder), „Kareusminde" (Asyl für 100 Kinder), beide bei Kopenhagen gelegen, „Lillemosegaarde" und „Gammelmosehuus" bei Lingby (Asyle für je 90 Männer und 40 Frauen); „Ebberodgaard" bei Bikkerod (für 450 teils arbeits-

1) Die Anstalt ist inzwischen auf 900 Betten erweitert.



fähige, teils nicht arbeitsfähige Idioten beiderlei Geschlechts); also zusammen etwa 900 Plätze. Der Pflegesatz beträgt 400 Kronen für arbeitsfähige und 600 Kronen für nicht arbeitsfähige Idioten; davon wird die eine Hälfte vom Staat, die andere bei armen Pfleglingen von der Gemeinde, bei zahlungsfähigen von diesen selbst bezahlt.

4. **Bekämpfung des Alkoholismus. Trinkerasyle.** Nach den statistischen Uebersichten gehört Dänemark zu denjenigen Staaten, in denen verhältnismässig viel alkoholische Getränke genossen werden (an Bier, Wein und Branntwein etwa 8 Liter reiner Alkohol pro Kopf im Jahre), und zwar vorzugsweise Bier und Branntwein; der Branntwein sogar in solcher Menge, dass Dänemark in dieser Hinsicht allen anderen Staaten, selbst Russland, voransteht. Die jährlichen Ausgaben der Bevölkerung für Alkohol werden auf 70 Millionen Mark berechnet. Auch die verhältnismässig grosse Zahl von Selbstmorden (2,38 auf 10 000 Einwohner) und Todesfällen infolge von Delirium tremens, chronischem Alkoholismus und Trunksucht in den dänischen Städten (1,9 auf 10 000 Einwohner, und zwar 7 pCt. aller im Alter über 20 Jahre und fast 19 pCt. aller im Alter von 35 bis 55 Jahren gestorbenen Männer) spricht für die grosse Verbreitung des Alkoholismus. Seit vielen Jahren wird daher gegen dieses soziale Laster angekämpft, teils durch verhältnismässig hohe Steuer auf alkoholreiches Bier[1]), teils durch Beschränkung der Schankwirtschaften und sonstigen Verkaufsstellen von Spirituosen, indem man den Gemeinden durch Gesetz vom Jahre 1874, erneuert unter dem 28. Mai 1897, das Recht eingeräumt hat, die Zahl der Schankwirtschaften usw. zu bestimmen, also deren Errichtung von einer Genehmigung abhängig gemacht hat. Endlich haben auch zahlreiche Vereine sich die Bekämpfung des Alkohols zur Aufgabe gemacht, besonders Danmarks Afholdsforening, der etwa 75 000 Mitglieder zählt[2]), vom Staate unterstützt wird und nicht nur für Mässigkeit im Alkoholgenuss Propaganda macht, sondern auch die Errichtung von Gastwirtschaften, in denen nur alkoholfreie Getränke verabfolgt werden, veranlasst hat. Auf seine Anregung hat sich auch ein Lehrer-Temperenzverein (Danmarks Afholdsforening-Laerer-Forbund) gebildet, der sich namentlich die Verbreitung von belehrenden Schriften gegen den Alkoholismus

1) Die Steuer auf Branntwein beträgt dagegen nur etwa 20 Oere pro Liter.

2) Neben diesem grossen Vereine bestehen noch verschiedene kleinere Abstinenzvereine, deren Mitgliederzahl ebenfalls zusammen 75 000 betragen dürfte.



angelegen sein lässt. Ausserdem ist den Lehrern durch Erlass des Unterrichtsministeriums die Verbreitung solcher Schriften warm empfohlen und ihnen Anweisung gegeben, die Alkoholfrage beim Unterricht zu berühren. Auch ein ärztlicher Abstinenzverein hat sich gebildet. Aber trotz aller dieser Bemühungen ist bisher von einer Abnahme des Alkoholgenusses nicht viel zu merken; nur wird allgemein angenommen, dass Branntwein weniger, Bier, und zwar besonders das steuerfreie (weniger als $2^1/_2$ pCt. Alkohol enthaltende) dagegen mehr getrunken wird. Jedenfalls hat sich die Zahl der infolge von Alkoholismus, Delirium tremens und Trunkenheit Verstorbenen noch nicht wesentlich verringert; denn sie betrug im Jahre 1903 in den Städten noch immer 1,8 $^0/_{000}$.

Trinkerasyle gibt es bis jetzt nur vier kleinere, zwei in der Nähe von Kopenhagen und je eins bei Odense und in Jütland, obwohl nach dem Gesetze derjenige, der durch Trunkenheit Aergernis auf der Strasse erregt oder sein Vermögen verschleudert, unter Kontrolle gestellt und entmündigt werden kann. Der Staat unterstützt auch diese Asyle durch jährliche Zuschüsse.

XII. Heilbäder und Kurorte. Seebäder. Bade- und Schwimmanstalten.

Abgesehen von einer Eisenquelle in Saeby (Jütland) gibt es in Dänemark keine Heilbäder und infolge dessen auch keine Kurorte. Dagegen finden sich namentlich in der Nähe der meist prachtvoll bewaldeten Ostküste zahlreiche sogenannte Sommerfrischen (z. B. in Arresoedel, Sgderup, Hegelsminde, Fredensborg, Soevany, Marthabo, alle auf Seeland) und an der Küste selbst, besonders an derjenigen von Seeland, ausserordentlich stark besuchte Seebäder, in denen sich auch vielfach Küsten-Sanatorien befinden, die besonders zur Unterbringung von skrophulösen und leicht tuberkulösen Kindern dienen, z. B. in Humlebaeck, Skodsborg, Hellebaeck, Resfnaes (sämtlich auf Seeland), Frederikshaven, Juelsminde bei Vejle, Hou bei Aarhus (sämtlich an der Ostküste von Jütland). Weltbekannt und zum Teil von einem internationalen Publikum besucht sind die an der Ostküste von Seeland liegenden Seebäder Klampenborg, Skodsborg und Marienlyst. Mehr noch als das Seebad Klampenborg imponirt durch seine herrliche Lage im prächtigen Buchen- und Eichenwald, durch seinen guten Strand und auch durch den Besuch eines gewählten Publikums das durch herrliche Villen ausgezeichnete Skodsborg,



während das bei Helsingör gelegene Seebad Marienlyst seinem Renommee eigentlich kaum entspricht. Auffallend ist, dass selbst in diesen vornehmen Seebädern die Einrichtungen für Warmbäder manches zu wünschen übrig lassen.

Im allgemeinen ist die Sitte des Badens unter der dänischen Bevölkerung nur in den an der See und den Fjorden gelegenen Orten stark verbreitet, in denen fast nirgends eine Seebadeanstalt fehlt, die während der Sommerzeit stark besucht wird.

In den Seebädern sind auch häufig Schwimmanstalten eingerichtet, während Badeanstalten mit Schwimmhallen, die auch während der kalten Jahreszeit benutzt werden können, bis jetzt vollständig fehlen; nur in Kopenhagen ist eine solche auch im Winter benutzbare Schwimmhalle vorhanden, die mit ständig erneuertem Seewasser gespeist wird; eine zweite, vor kurzem eingerichtete Schwimmhalle ist für das Publikum noch nicht geöffnet. Indessen fängt man jetzt auch in kleineren Orten an, wenigstens für Warmbadeanstalten zu sorgen, in denen ausser Wannenbädern auch Brausebäder vorgesehen sind, die für eine sehr geringe Gebühr an unbemittelte Personen abgegeben werden. In Naestwed haben wir eine derartige kleine, aber gut eingerichtete öffentliche Badeanstalt mit Wannen- und Brausebädern besichtigt, die nach den uns gemachten Mitteilungen recht fleissig besucht wird. Auch auf dem Lande findet man schon mehrfach solche Badeanstalten und zwar in Verbindung mit Molkereien. Betreffs der Schulbäder s. Abschnitt IX (S. 303); dass bei den von Arbeiterbauvereinen errichteten Häusern auch mitunter Badeanstalten zur Benutzung für die Mieter eingerichtet sind, ist bereits im Abschnitt IV erwähnt. Verhältnismässig wenig sind dagegen bisher Badeeinrichtungen in Fabriken für die hier beschäftigten Arbeiter getroffen; wo es der Fall ist, sind sie zum Teil mangelhaft, wie bei der Abfuhranstalt in Kopenhagen.

XIII. Leichenschau und Begräbniswesen.

Nach dem Gesetz vom 2. Januar 1871 ist die obligatorische Leichenschau vorgeschrieben; sie muss in den Städten und auf dem Lande bis zu einem Umkreise von $^1/_4$ Meile von Aerzten, in den übrigen Orten von zwei angestellten Leichenschauern vorgenommen und ein Totenschein darüber ausgestellt werden. Ueber die Vornahme der Leichenschau und Ausstellung der Totenscheine hat das Gesundheitskollegium unter dem 25. April 1896 eine Anweisung erlassen. Bei



totgeborenen Kindern muss ebenfalls auf die vorgeschriebene Meldung der Hebamme hin in den Städten eine ärztliche Leichenbesichtigung stattfinden. Der Distriktsarzt (Stadtarzt) ist in allen Fällen verpflichtet, die Leichenschau auf Verlangen vorzunehmen, auf Antrag der Angehörigen auch in den Fällen, in denen sonst eine solche durch die Leichenschauer genügt. In den Städten werden die Leichen vielfach bald nach der Besichtigung nach der auf dem Begräbnisplatze meist befindlichen Leichenhalle gebracht.

Eine bestimmte Begräbnisfrist ist für gewöhnliche Fälle nicht vorgesehen. Die Beerdigung findet verhältnismässig spät, im Sommer 4—5 und Winter 6—8 Tage nach dem Tode, statt; nur bei den an ansteckenden Krankheiten Gestorbenen muss nach dem Runderlass des Justizministeriums vom 23. Juni 1892 die Leiche innerhalb 3 × 24 Stunden beerdigt werden; sie soll ausserdem nicht gewaschen und angekleidet, sondern in ein mit 5 proz. Karbolwasser getränktes Betttuch eingeschlagen und nach der Leichenschau sofort in den Sarg gelegt werden, der in solchen Fällen auszuteeren und am Boden reichlich mit Torf oder Sägemehl anzufüllen ist. Nach Einlegen der Leiche muss der Sarg sofort geschlossen werden, eine Wiederöffnung ist nicht gestattet; desgleichen ist jedes Leichengefolge bei der Beerdigung verboten.

Ueber den Transport von Leichen existieren im allgemeinen keine gesetzlichen Bestimmungen; nur für die Leichen der an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen ist, wenn sie nach auswärts transportirt werden sollen, ausser dem Holzsarge noch ein Metallsarg vorgeschrieben. Die Beförderung von Leichen auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen unterliegt den gleichen Vorschriften wie bei uns.

Die Ausgrabung von Leichen ist, falls der Tod durch eine ansteckende Krankheit hervorgerufen war, nach dem vorher erwähnten Ministerialerlass erst nach Ablauf von 5 Jahren gestattet.

Für die Anlegung und Erweiterung von Begräbnisplätzen sind in Dänemark durch Runderlass des Ministers für Kirchen- und Unterrichtswesen vom 24. Juni 1896 ähnliche Bestimmungen getroffen wie in Preussen. In strittigen Fällen setzt sich das Kultusministerium mit dem Gesundheitskollegium ins Benehmen, das dann sein Votum nach Anhören des zuständigen Physikus abgibt.

Eine Besichtigung und regelmässige Kontrolle der Begräbnisplätze durch einen beamteten Arzt findet im allgemeinen nicht statt; wenn jedoch gesundheitliche Misstände sich bemerkbar und ein Einschreiten

der Polizeibehörde erforderlich machen, trifft diese ihre Entscheidung nach Einziehung eines Gutachtens des zuständigen Distriktsarztes.

Obwohl die Epidemie-(Gesundheits-)Kommissionen nach dem Gesetze über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten (§ 4, Absatz 1) verpflichtet sind, rechtzeitig für die Errichtung von Leichenhallen zu sorgen, ist deren Zahl auf dem Lande noch eine verhältnismässig geringe, während sie in den Städten fast nirgends fehlen und hier auch, wenigstens in den grösseren Städten, recht häufig benutzt werden. In Familien mit beschränkten Wohnungsverhältnissen ist die baldige Ueberführung der Verstorbenen in die Leichenhalle allgemein üblich.

Leichenverbrennung ist in Dänemark fakultativ gestattet, hat aber bisher nur wenig Anhänger gefunden. In dem einzigen, zu diesem Zwecke vorhandenen Krematorium in Kopenhagen werden durchschnittlich jährlich nur 60—80 Leichen verbrannt.[1])

Znm Schluss ist es uns ein Bedürfnis, auch an dieser Stelle den Dänischen Behörden, Gesundheitsbeamten, Anstaltsärzten usw., die uns nach jeder Richtung hin in der zuvorkommendsten Weise ihre Unterstützung haben zuteil werden lassen, unseren verbindlichsten Dank auszusprechen. Insonderheit gilt dies dem damaligen Dekan des Gesundheitskollegiums, Herrn Etatsrat Dr. E. M. Hoff, Stadtarzt in Kopenhagen! Jeder von uns geäusserte Wunsch ist von ihm bereitwilligst erfüllt und dank der von ihm getroffenen Anordnungen und Empfehlungen haben wir auch bei allen Provinzialbehörden eine ebenso liebenswürdige Aufnahme gefunden wie in der Hauptstadt. Auf Grund seiner späteren Mitteilungen ist es uns auch möglich gewesen, den vorliegenden Bericht in vielen Punkten bis auf die Neuzeit zu ergänzen.

1) Seitdem ist ein zweites modernes Krematorium (System Rich. Schneider) auf Bispebjerg bei Kopenhagen eingerichtet, das in allernächster Zeit der Benutzung übergeben werden wird.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.





